Rok XLIX. Kraków, dnia 9. lipca 1910. Nr 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Problemat dziedziczności w patologii.

(Podług wykładu na uroczystem posiedzeniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu w dniu 17. kwietnia 1909).

Napisał

Prof. Dr Karol Klecki.

(Ciąg dalszy).

Doświadczenia nad dziedzicznością zmian nabytych posiadamy także w dziedzinie odporności. Pierwsze doświadczenia w tym kierunku przeprowadził jeszcze w roku 1891 Ehrlich, który po uodpornieniu myszy na jady roślinne, mianowicie na abrynę, rycynę, oraz rubinę, stwierdzał odporność na dany jad także i u młodych, rzuconych przez uodpornione zwierzęta; Ehrlich doszedł atoli do wniosku, że owa odporność młodych, utrzymująca się przez 6—8 tygodni, jest odpornością bierną, nie odziedziczoną, ale nabytą przez ssanie uodpornionej matki. Występowanie odporności biernej u potomstwa samic uodpornionych stwierdził w późniejszych badaniach Vaillard, mianowicie u królików i świnek morskich uodpornionych na tężec, na wąglika, na cholerę, oraz na prątka Miecznikowa. Według Chaveau jagnięta, rzucone przez owce, uodpornione na prątka wąglika, są również uodpornione na działanie tego zarazka. W doświadczeniach Charrina i Gleya młode króliki, pochodzące od królic uodpornionych na prątka błękitnej ropy, były odporne na działanie tego prątka. Podobnie w doświadczeniach Andersona 52—54% potomstwa matek sztucznie uodpornionych na błonicę było odporne na tę chorobę. Dzierzgowski stwierdził odporność na błonicę kurcząt, wylęgłych z jaj kur uodpornionych na błonicę.

W doświadczeniach nad dziedzicznością odporności nabytej na wściekliznę, różni badacze otrzymywali wyniki rozmaite. Babès i Talanescu znaleźli, że odporność w tym przypadku z rodziców na potomstwo nie przechodzi, Högyes zaś, Tizzoni w doświadczeniach na królikach, oraz Tizzoni i Centanni w doświadczeniach na psach stwierdzili, że nabyta odporność na wściekliznę dziedziczy się, a Tizzoni i Centanni przytem znaleźli, że zachodzi to nawet wówczas, gdy uodporniony na wściekliznę jest tylko ojciec. Konradi, który wykonywał doświadczenia również na psach, uważa za rzecz możliwą, że odporność nabyta na wściekliznę przechodzi dziedzicznie na potomstwo i to nie tylko z matki, ale niekiedy z ojca. Remlinger zaś, który wykonywał doświadczenia na psach i królikach, znajduje, że odporność na wściekliznę z ojca na potomstwo nie przechodzi, a tylko z matki, gdy zostaje ona uodpornioną podczas ciąży, i to niestale.

W doświadczeniach Kleinego i Möllersa na psach, uodpornionych na piroplazmozę, odporność przechodziła na małe tylko z matki, i to jako odporność bierna, nietrwała.

W końcu posiadamy kilka badań doświadczalnych nad dziedzicznością własności nabytych z dziedziny cytotoksyn. Charrin, Delamare i Moussu miażdżyli ciężarnym zwierzętom wątrobę lub nerki, poczem zwierzęta roniły; u poronionych płodów znajdowali ci badacze zmiany patologiczne, jakoto zwyrodnienia i krwotoki w odpowiednich narządach. Po wstrzyknięciu samicom ciężarnym wyciągów z narządów wewnętrznych, stwierdzali oni również u młodych zmiany patologiczne, choć zwykle nieznaczne i rozlane, w odpowiednich narządach. Magni wywoływał u królic ciężarnych wodonercze przez podwiązanie moczowodu; u młodych takich królic stwierdzał on rozszerzenie naczyń w nerce i krwotoki w korze nerkowej.

Wnioski ogólne ze spostrzeżeń i doświadczeń przemawiających za dziedziczeniem się własności nabytych. Z powyżej przytoczonych spostrzeżeń i doświadczeń, przemawiających za dziedziczeniem się własności nabytych, wysnuto pewne wnioski ogólne, które mają na rzeczone zjawisko jaśniejsze rzucać światło. Otóż z badań tych wynika przedewszystkiem, że własności nabyte mogą być przekazane potomstwu wówczas, gdy przez powolne działanie w ciągu dłuższego czasu sprowadziły w ustroju rodziców zmiany głębokie i trwałe; według Jenningsa mogą dziedziczyć się tylko takie zmiany nabyte, które zmieniają charakter protoplazmy ustroju macierzystego. Dalej wynika z tych badań, że im wcześniej powstaje w ustroju zmiana nabyta, tem łatwiej może ona przekazać się potomstwu; dlatego to wady rozwojowe, powstałe przez zadziałanie różnych czynników na wczesne okresy życia płodowego, stosunkowo łatwo się dziedziczą.

Spostrzeżenia z dziedziny patologii człowieka wskazują, że w stanach patologicznych nabytych nie zawsze dziedziczy się ta sama zmiana, która powstała u rodziców, co określono jako »hereditas homoiomorpha v. homologa« i że to zachodzi nawet stosunkowo rzadko; że natomiast w dziedziczności stanów patologicznych najczęściej występuje transformizm zmian nabytych, jak to widzimy n. p. u potomstwa gruźliczych, kiłowych lub opilców. Transformizm ten ze względu na częstość, z jaką występuje, uważa Orszanskij za prawo dziedziczności patologicznej, którą w tym wypadku określa się jako »hereditas heteromorpha v. heterologa«. Ów transformizm w dziedziczeniu zmian patologicznych jest tak znaczny, że zmiany organiczne rodziców mogą sprowadzić u potomstwa zmiany czynnościowe i odwrotnie. Nabyte stany patologiczne przodków mogą sprowadzić u potomstwa albo wystąpienie tej samej zmiany, czy tego samego zaburzenia, albo też skutków zadziałania na ustrój przodków czynników, czy produktów patologicznych, co u potomstwa wywołać może wady rozwojowe, różne zaburzenia czynnościowe, wskutek których powstaje usposobienie do różnych chorób, a w stanach zakaźnych niekiedy odporność na nie.

Stany patologiczne nabyte mogą przez dziedziczność utrwalać się i potęgować, co określa się jako »hereditas progressiva«, a co wiedzie ostatecznie do wygaśnięcia rodu. Mogą one przy odpowiednim doborze w związkach małżeńskich w dalszych pokoleniach słabnąć, a nawet zniknąć zupełnie, jak to się zdarza n. p. w stanach patologicznych ośrodkowego układu nerwowego; sprawę tę określono jako »hereditas regressiva«.

W stanach chorobowych nabytych stwierdzono dalej, że przekazywanie potomstwu czynników szkodliwych odbywa się nie tylko za pośrednictwem jajka, ale i plemnika, jak to najczęściej zachodzi w alkoholiźmie i kile rodziców, a co ma wielkie znaczenie nie tylko praktyczne, ale i teoretyczne, jak się to w dalszych wywodach pokaże. Levy dochodzi nawet do wniosku, że usposobienie do chorób na tle dziedzicznem najczęściej zawdzięcza potomstwo ojcu, a nie matce. Orszanskij zaś twierdzi, że od rodziców, przekazujących potomstwu zmiany patologiczne, chłopcy otrzymują ich więcej, niż dziewczęta.

Przekazywanie dziedziczne cech patologicznych tłómaczą przytem jedni autorowie przez oddziaływanie stanu patologicznego komórek ustroju na plazmę zarodkową za pośrednictwem układu nerwowego (Tornier), na którym zmiany patologiczne rodziców mogą odbijać się niekoniecznie w pewien stały, w danej chorobie określony sposób, ale w sposób rozmaity, skąd ma pochodzić ów tak częsty transformizm w sprawach patologicznych dziedzicznych; inni badacze sądzą, że w stanach patologicznych zmiana odżywienia dochodzi do komórek rozrodczych za pośrednictwem krwi i sprowadza przez to zmiany plazmy zarodkowej (Bouchard); jeszcze inni, jak np. Baumgarten sądzą, że zachodzi tu impregnacya determinantów przez wytwory patologicznie zmienionej przemiany materyi w komórkach somatycznych, którą Baumgarten przyrównywa do działania wydzielin wewnętrznych.

Ze spostrzeżeń i doświadczeń patologicznych wyciągnęli niektórzy badacze nawet taki wniosek, że nie tylko zmiany nabyte, powstałe pod wpływem działania czynników chorobotwórczych na ustrój w ciągu dłuższego czasu, odbijają się na potomstwie, ale że i krótkotrwałe, okolicznościowe wpływy na komórki somatyczne odbijają się na plazmie zarodkowej, a przeto i na potomstwie, zwłaszcza w zakażeniach i zatruciach. Fick zaś mniema, że każdorazowy stan cielesny rodziców wpływa tylko na plazmę indywidualną ich komórek rodnych.

Z powyżej przytoczonego poglądu wynika ważność stanu rodziców w chwili płodzenia, a względnie poczęcia ze względu na zdrowie potomstwa.

Pinard na podstawie 23 spostrzeżeń wygłasza zdanie, że gdy z rodziców zdrowych, mających potomstwo zdrowe, rodzi się dziecko słabe, można być pewnym, że podczas poczęcia jedno z rodziców było chore lub w okresie zdrowienia. Kraft-Ebing i Voisin podnoszą złe skutki dla potomstwa, jakie pociąga za sobą stan ostrego alkoholizmu rodziców zwłaszcza podczas płodzenia; zwłaszcza idyotyzm i padaczka mają często powstawać z tego powodu. Nadto posiadamy spostrzeżenia, świadczące, że wyniszczenie ustroju rodziców, n. p. przez głód, tak jak to miało miejsce n. p. podczas oblężenia Paryża, jak również ich stan psychiczny, np. przygnębienie podczas zmartwienia, jakie miało jedno z rodziców przed poczęciem, odbijają się szkodliwie na zdrowiu spłodzonego w tym czasie dziecka.

Rozbiór krytyczny zjawisk, przemawiających za dziedzicznością własności nabytych. Jakkolwiek sprawą dziedziczności zajmowało się od dawna wielu badaczów, do niedawnych jeszcze czasów panował w tej dziedzinie wielki chaos, wynikający stąd, że w braku podstaw naukowych, któreby pozwalały ściśle ująć istotę dziedziczności, dokładnego rozbioru odnoszących się tu zjawisk nie przeprowadzono, ograniczając się do powierzchownego tylko ich zbadania. Stąd pochodzi, że do dziedziny dziedziczności często włączano zjawiska, które z nią nic wspólnego nie mają; zwłaszcza w medycynie nieraz własności, nabyte w życiu płodowem, a zatem wrodzone, uważano za własności odziedziczone.

Już we wstępie podniosłem, iż wielką zasługę położył Weismann przez zaprowadzenie w dziedzinie dziedziczności pewnego ładu, a mianowicie przez wyłączenie z niej zjawisk, w których dziedziczność nie wchodzi w grę, oraz przez wprowadzenie do tej dziedziny niezmiernie wielkiego krytycyzmu. Zasługę tę dzielą z Weismannem Virchow, Ziegler i Orth.

W tem porządkowaniu dziedziny dziedziczności niezmiernie ważnem było ścisłe oddzielenie własności istotnie odziedziczonych od własności wrodzonych, co się łączy z dokładniejszem niż wprzódy pojmowaniem dziedziczności. Otóż w rzeczywistości za własności, czy cechy dziedziczne można uważać tylko takie, jakie płód otrzymuje od rodziców najpóźniej w chwili poczęcia (koncepcyi); innemi słowy, tylko to przechodzi na potomstwo, co jest własnością komórek rodnych, a względnie czem one są niejako impregnowane, a więc co już w plazmie zarodkowej istnieje jako pewien zawiązek, przed zapłodnieniem, albo w chwili zapłodnienia. Wszystko to, co działa później na komórki rodne, już po ich złączeniu się i co na płodzie się odbija, wywołuje własności czy zmiany wprawdzie wrodzone, ale nie dziedziczne.

Choroby, jako sprawy życiowe, dziedziczyć się oczywiście nie mogą, a tylko dziedziczyć się może usposobienie do nich, co Martius sprowadza do dziedziczenia się pewnych determinantów chorobowych, zawartych w plazmie zarodkowej. Jeśli choroba rodziców ma wywrzeć szkodliwy dziedziczny wpływ na potomstwo, to musi ona sprowadzić przez wpływy odżywcze czy inne istotne zmiany plazmy zarodkowej ich komórek rodnych, jak to najłatwiej można sobie wyobrazić w stanach toksycznych, oraz zakażeniach, w których działają na cały ustrój jady zarazków. Gdy zaś komórki rodne są tylko zakażone, to znaczy wśród nich, a nawet w nich znajdują się zarazki, zakażenie może przenieść się na płód i sprowadzić w nim zmiany, nawet analogiczne do tych, jakie wystąpiły u rodziców, a pomimo to sprawa ta nie może być dziedziczną, jeśli same komórki rodne pod wpływem zarazka nie nabrały nowych cech patologicznych, któreby mogły odbić się na płodzie.

Jeżeli się ocenia z tego stanowiska spostrzeżenia i doświadczenia, mające świadczyć o dziedziczeniu się własności nabytych, to istotnie wiele z nich traci swą wartość. Nadto Weismann, który, jak to wyżej już podniosłem, dziedziczenia się własności nabytych wogóle nie uznaje, uważając to za rzecz zgoła niemożliwą, w krytycznej ocenie faktów, mających dowodzić, że bywa inaczej, dochodzi do wniosku, że fakty te dziedziczenia się własności nabytych bynajmniej nie dowodzą i że fakty te można wytłómaczyć inaczej, i to zgodnie z jego teoryą.

Przedewszystkiem wiele takich faktów tłómaczy Weismann przez bezpośrednie działanie różnych czynników na komórki rozrodcze, których plazma zarodkowa, jego zdaniem wpływom, wychodzącym z komórek somatycznych, zupełnie nie podlega. Według Weismanna budowa drobinowa plazmy zarodkowej jest wprawdzie preformowana, ale możliwem jest, że powstają w niej zmiany przez bezpośrednie działanie takich czynników, jak ciepłota, światło, działanie chemiczne i t. p. Działanie to ma dochodzić do komórek rozrodczych nie przez pośrednictwo jakichkolwiek komórek somatycznych, ale bezpośrednio, przechodząc przez te komórki, jak przez jakieś obojętne, obce środowisko. W wielu przypadkach rzeczone czynniki mogą działać także i na komórki somatyczne; wówczas działanie to jest równoczesne z działaniem na plazmę zarodkową, lecz to ostatnie działanie, jako bezpośrednie, od tego działania na ustrój w ogólności nie zależy. Na tej podstawie wyłącza Weismann wszystkie doświadczenia, mające dowodzić dziedziczenia się własności nabytych pod wpływem działania ciepłoty u zwierząt o niestałej ciepłocie ciała, pod wpływem

działania światła i czynników chemicznych, żądając dowodu, że w danych doświadczeniach owe czynniki działały tylko na komórki somatyczne, a nie działały bezpośrednio na komórki rozrodcze.

Budowa drobinowa plazmy zarodkowej może u istot, mnożących się płciowo, ulegać zmianom jeszcze w inny sposób, mianowicie przez mieszanie się, przez mieszanie się przy zapłodnieniu z inną plazmą, zawierającą różne odmiany odpowiednich determinantów. Głównym czynnikiem, wpływającym na dobór płciowy, jest pożyteczność owych odmian dla gatunku. Otóż wszelkie wpływy zewnętrzne, działające na rodziców, mają, zdaniem Weismanna, dla potomstwa znaczenie tylko o tyle, o ile wpływają na ich dobór, którym właściwie owa użyteczność dla gatunku kieruje. Temu czynnikowi przypisuje Weismann główne znaczenie w zjawiskach w świecie roślinnym, mających świadczyć o dziedziczeniu się własności nabytych. Tak np. zmiana, jaką przechodzą drzewa liściaste z nastaniem pory chłodnej, jest własnością, nabytą pod wpływem działania czynników klimatycznych. Jest to własność dziedziczna, jak to dowiódł Semon w doświadczeniach nad bukiem (Fagus silvatica), który pomimo że wyhodowany z zarodka i stale trzymany w cieple, z nastaniem jesieni okazuje charakterystyczną zmianę liści, które żółkną, schną i opadają. Zdaniem Weismanna jest to tylko skutek selekcyi pożytecznych dla rośliny własności; gdyby drzewa także przez działanie ciepła dawały się stale pędzić, po pierwszych zawodnych ciepłach wiosennych musiałyby one z powrotem wymarznąć, a zatem owo niepodleganie działaniu samego ciepła jest własnością dla rośliny pożyteczną, otrzymaną wraz z odpowiednimi determinantami przy selekcyi.

Jeszcze inny szereg zjawisk, mających świadczyć o dziedziczeniu się własności nabytych, tłómaczy Weismann przez atawizm. Wreszcie stoi Weismann na tem stanowisku, że jest rzeczą zgoła niepotrzebną przyjmować tezę o dziedziczeniu się własności nabytych, skoro odmiany zarodkowe i selekcya zgodnie z jego teoryą niemal wszystkie zjawiska dostatecznie tłómaczą.

Ze wszystkich powyżej przytoczonych sposobów tłómaczenia zjawisk, jakich używa Weismann, ażeby zwalczyć pogląd o dziedziczeniu się własności nabytych, najsilniej ugruntowany jest niewątpliwie ten, w którym zjawiska przemawiające za dziedziczeniem się własności nabytych sprowadza się do zadziałania bezpośredniego pewnych czynników na komórki rozrodcze, a tem samem i na zawartą w nich plazmę zarodkową. Tłómaczenie, w którem rzeczone zjawiska mają polegać na selekcyi, opiera się na podstawach znacznie słabszych, bo jakkolwiek potężny wpływ tego czynnika nie ulega żadnej wątpliwości, w tłómaczeniu danych zjawisk staje się on wszechpotężnym dopiero przez to, że się przyjmuje obecność niezliczonych odmian różnych determinantów w plazmie zarodkowej, co oczywiście jest tylko hipotezą, wysnutą głównie z tych zjawisk, do których wytłómaczenia ma służyć. Tłómaczenie podobnych zjawisk przez atawizm, również nie zawsze jest przekonywające, bo, jak to słusznie podnosi Semon, jeśli się udaje sztucznie wywołać zmianę, która się w dalszych pokoleniach dziedziczy, to nawet, jeśli ta zmiana jest natury atawistycznej, a więc dana własność przez pewien szereg pokoleń była zanikła, sprowadzenie jej stanowi powstanie pewnej własności nowej, która odtąd się dziedziczy. Ta okoliczność zaś, że, zdaniem Weismanna, jego teorya dostatecznie tłómaczy zjawiska dziedziczności, a przeto inne tłómaczenia są zbędne, w krytycznym rozbiorze faktów oczywiście znaczenia mieć nie może.

Jeżeli zatem ocenia się powyżej przytoczone wyniki spostrzeżeń i doświadczeń, mających świadczyć o dziedziczeniu się własności nabytych na podstawie ostatnio wyłuszczonych zasad, a nadto uwzględni się te tłómaczenia i poglądy Weismanna, którym nie można odmówić słuszności, to wartość owych wyników badań jako dowodów dla rzeczonej tezy przedstawia się w następujący sposób.

Zmiany anatomiczne, jakie w pewnych rodzinach dziedziczą się zazwyczaj przez kilka pokoleń w postaci różnych zniekształtnień i życiu nie zagrażających potworności, są niewątpliwie wadami rozwojowemi, powstałemi pierwotnie, czy to wskutek wadliwej karyogamii, to jest wadliwego łączenia się mas chromatynowych komórek rozrodczych przy zapłodnieniu, czy też wskutek zadziałania szkodliwych wpływów na zarodka we wczesnych okresach jego rozwoju. Doświadczenia, zainicyowane przez Daresta, pokazały, że różne czynniki mechaniczne, jako to uszkodzenie, nieprawidłowe położenie, wstrząsanie zapłodnionego jajka, niszczenie pewnych grup komórek zarodka, działanie nań nieprawidłowej ciepłoty, światła i t. p. mogą wywołać powstanie różnych potworności. Féré, który wykonywał doświadczenia na jajach kurzych, wywoływał u piskląt różne potworności, powstałe wskutek zmian owodnej, oraz zmian wydzielania się wód płodowych przez zadziałanie na jaja różnymi czynnikami chemicznymi, jako to eterem, chloroformem, alkoholem, parą rtęciową, toksynami mikrobów, oraz przez zakażanie jaj mikrobami. Doświadczenia te wskazują, że wady rozwojowe niekoniecznie muszą mieć jakiś zaczątek już w plazmie zarodkowej zarówno rodziców, jak i dziecka, jak to twierdzą Orth, Schwalbe i inni, albo że dana nieprawidłowość rozwoju jajka ma zawsze tło dziedziczne, ale że wady takie mogą powstać pod wpływem przytoczonych czynników u potomstwa rodziców, w których plazmie zarodkowej zaczątków owych wad żadną miarą nie można stwierdzić. A zatem mamy prawo przypuszczać, że wady rozwojowe mogą powstać jako zmiany, nabyte w życiu płodowem. Zmiany te, powstałe u jednego osobnika, niewątpliwie mogą się dziedziczyć. W hodowli zwierząt domowych znajdujemy różne przykłady, świadczące, że można wytworzyć nową rasę, czy odmianę danego gatunku dzięki dziedzicznemu utrwalaniu się zmiany pochodzenia teratologicznego; znanym jest przykład bydła bezrogiego w Paragwaju, które wywodzi się od jednego cielęcia, pochodzącego od rodziców prawidłowych, a urodzonego bez rogów. Atoli dla ścisłej oceny dziedziczenia się własności nabytych w danym przypadku, wypada rozpatrzyć, czy działający czynnik, sprowadzający wadę rozwojową, działa tylko na dane komórki somatyczne zarodka, czy płodu, czy też zarazem i na jego plazmę zarodkową. Otóż w doświadczeniach, w których wywoływano owe zmiany przez zadziałanie na zapłodnione jaja, zwłaszcza czynników fizycznych, wydaje się rzeczą wielce prawdopodobną, że działano nie tylko na plazmę somatyczną, ale równocześnie i to bezpośrednio na plazmę zarodkową; doświadczenia te przeto ścisłego dowodu dziedziczenia się zmian nabytych stanowić nie mogą. Wady rozwojowe mogą jednak powstać także i nie przez bezpośrednie zadziałanie czynników szkodliwych na plazmę zarodkową. Wskazują na to już przytoczone doświadczenia Férégo, w których zmiany owodnej i wód płodowych wywoływały rzeczone wady, a to samo stwierdzają liczne spostrzeżenia anatomopatologów w dziedzinie patologii człowieka. Wiadomą jest rzeczą, że wady rozwojowe płodu mogą powstać w stanach zakaźnych, a względnie toksycznych matki; dowodzą tego doświadczenia Charrina i Gleya, którzy otrzymali u młodych królików takie potworności, jak zanik uszu, skrócenie nóg i inne zniekształcenia kończyn, jak n. p. brak uda lub goleni, przez zatrucie matek jadem zarazka błękitnej ropy. I w tym przypadku o dziedziczności zmiany nabytej mówić nie można, gdyż stan toksyczny matki może tutaj wywołać wadę rozwojową przez zatrucie zarodka, czy płodu, a więc wywołać zmianę wprawdzie wrodzoną, ale nabytą, a nie dziedziczną.

Posiadamy atoli spostrzeżenia, świadczące, że wady rozwojowe powstają u potomstwa opilców, kiłowych, gruźliczych i neuropatów. Jeżeli jednem z powyższych cierpień dotknięta jest matka, to zmiany patologiczne, powstałe u płodu, można również tłómaczyć przez wtórne jego zatrucie, czy zmiany odżywcze płodu, wywołane przez cier-

pienie matki. Ale jeśli, jak to się często zdarza, zwłaszcza w alkoholiźmie i zakażeniu kiłowem, danem cierpieniem dotknięty jest tylko ojciec, u którego dana choroba stanowi zmianę nabytą, musimy przyjąć, że ten jego stan patologiczny odbija się na jego plaźmie zarodkowej i wywołuje zmianę u płodu, a więc dziedziczy się, ulegając przytem tak częstemu wówczas transformizmowi zmiany. W myśl postulatów Weismanna, i w tym przypadku zachodzi pytanie, czy zmiana powstała u płodu jest skutkiem wpływu, wywartego na plazmę zarodkową przez komórki somatyczne, a względnie ich stan patologiczny, czy też skutkiem zadziałania czynnika szkodliwego na plazmę zarodkową bezpośrednio, równocześnie z zadziałaniem jego na komórki somatyczne. Baumgarten twierdzi, że zachodzi tu właśnie takie równoczesne działanie na komórki somatyczne i plazmę zarodkową, tak że zmiana przechodzi wprawdzie na potomstwo, ale nie z rodziców, a zatem nie jest dziedziczną. Jednakże nie posiadamy żadnego dowodu, by tak było istotnie w przytoczonych stanach patologicznych ojca; zaś wobec tego, że te cierpienia sadowią się zazwyczaj poza komórkami rozrodczemi, z równem prawem wolno nam przypuszczać, że zmiana plazmy zarodkowej ojca powstaje tu wtórnie, przez pośrednictwo działających nań wpływów somatycznych, a zatem, że wady rozwojowe, powstałe u potomstwa ojców dotkniętych powyżej przytoczonemi cierpieniami, można uważać za zmiany nabyte, dziedzicznie przekazane.

Zmiany patologiczne czynnościowe, jakie w niektórych rodzinach występują w szeregu pokoleń, ścisłego dowodu dziedziczenia się zmian nabytych nie dostarczają. Najpospolitsze z tych zmian są te, jakie spotykamy w t. zw. skazie dnawej (artrytycznej). Otóż w rodzinach, skazą tą dotkniętych, zdarza się nierzadko, że niejako zaczątek danej skazy, ujawniający się przez usposobienie do różnych chorób, przechodzi na potomstwo z rodziców w czasie, gdy u rodziców jeszcze żadne zaburzenia dnawe nie wystąpiły. Okoliczność ta świadczy, że u osób ze skazą dnawą plazma zarodkowa, wyrażając się językiem Weismanna, zawiera jakieś patologiczne determinanty jeszcze przed wybuchem jakiejkolwiek choroby na tle tej skazy powstałej. Pojęcie skazy dnawej nie jest jeszcze dotychczas zupełnie pewnie ustalone, a nawet wielu wybitnych patologów, zwłaszcza niemieckich, skazy tej zupełnie nie uznaje; ci zaś, którzy przyjmują istnienie dny (artrytyzmu) w rozumieniu Boucharda i jego szkoły, co już wyżej wyłuszczono, zgadzają się na to, że skaza ta częstokroć w przejawach swych, zwłaszcza początkowych, jest dosyć nieuchwytna. Wobec tego jest rzeczą niezmiernie trudną orzec, czy i kiedy w danym przypadku skaza ta jest zmianą nabytą. Baumgarten twierdzi, że w rodzinach dnawych już w zawiązku pierwszego członka rodu są zmiany odżywcze, które pod wpływem późniejszych czynników zewnętrznych, działających zarówno na komórki somatyczne, jakoteż i na plazmę zarodkową, sprowadzają wybuch choroby. Atoli twierdzenie to jest tylko przypuszczeniem niczem nie popartem. Natomiast praktyka lekarska wskazuje, że choroby, występujące na tle Bouchardowskiego artrytyzmu, w ciągu ostatnich lat kilkudziesięciu, przynajmniej w niektórych krajach, stały się częstsze. Trudno przypuścić, by to się działo dzięki doborowi płciowemu, gdyż w rodach artrytyków przebija się raczej skłonność do wygaśnięcia rodu; natomiast nasuwa się przypuszczenie, że ów jeszcze niezupełnie ściśle określony stan patologiczny, jaki za skazę dnawą uważamy, może być, przynajmniej w pewnych warunkach, zmianą nowo nabytą. To ostatnie przypuszczenie musiałoby jednak dopiero być dowiedzione, by nabrało znaczenia dla omawianej sprawy, to jest dla sprawy dziedziczenia się własności nabytych.

Cały szereg różnych chorób dziedzicznych, jakie na początku niniejszej pracy przytoczyłem, do rozstrzygnięcia tej kwestyi również się nie nadaje, a to dlatego, że są to po największej części choroby o etyologii ciemnej lub niezupełnie jeszcze jasnej, a początek ich w danych rodzinach zwykle nie daje się oznaczyć. A zatem możliwą jest rzeczą, że choroby te powstają pod wpływem czynników, działających równocześnie na komórki somatyczne, oraz na plazmę zarodkową, a więc, że zmiany w plazmie zarodkowej są tu pierwotne, od komórek somatycznych pierwszego osobnika w rodzie, u którego powstały, zgoła niezależne.

Dziedziczność stanów patologicznych w sprawach zakaźnych, których etyologia i patogeneza w znacznej mierze są wyświetlone, jest dzięki tej okoliczności o wiele jaśniejszą, niż w innych stanach chorobowych.

Otóż, jeśli u potomstwa rodziców zakażonych występuje jako skutek choroby rodziców stan patologiczny, to mogą tu zachodzić następujące ewentualności.

Przedewszystkiem może przenieść się zarazek w stanie czynnym z matki na jajko, względnie na zarodka. Takie zakażenie jajka przez zarazki, pochodzące z ustroju matki, zachodzi w chorobie jedwabników, zwanej pebryną, sprowadzanej przez drobnoustrój, odkryty przez Pasteura; tu rodzą się jedwabniki, zawierające zarazki pebryny, na razie nie działające, przez co choroba przez pewien czas jest niejako utajona, poczem dopiero, gdy powstają motyle, zarazki stają się czynne i choroba wybucha. Gdy tylko samiec jest zakażony, rodzi się wprawdzie potomstwo osłabione, ale drobnoustrojem pebryny nie zakażone. Zakażenie jajka przez matkę zachodzi dalej w chorobach różnych roztoczy, jakoto w zakażeniu »Argas Miniatus« przez krętki zarazy kurzej, w zakażeniu »Argas Rhipicephalus« przez krętki Theilera, wywołujące zarazę u bydła rogatego, w zakażeniu »Argas Ornithodorus« przez zarazka, wywołującego chorobę, zwaną »Tick fever«, w zakażeniu komara gatunku »Culex pipiens« przez zarazka spotykanego we krwi ptaka »Athene noctua«, oraz w zakażeniu kur zarazkiem cholery kurzej.

Z drugiej strony jest rzeczą możliwą, że zarazki, zakażające ustrój ojca, zwłaszcza gdy choroba usadowiła się w narządach rodnych, dostają się do nasienia i zakażają plemniki.

W obu przypadkach, jeśli wskutek zakażenia, czy to jajka, czy to plemnika, powstały z takich komórek płód będzie danymi zarazkami zakażony, ten jego stan patologiczny będzie polegał na zakażeniu, a z właściwą dziedzicznością nie będzie miał nic wspólnego. Stan taki, w odróżnieniu od spraw dziedzicznych, nazwał słusznie Baumgarten zakażeniem zarodkowem.

Powtóre, w stanach zakaźnych matki może nastąpić zakażenie śródmaciczne płodu mniej lub więcej wykształconego przez zarazki, które ze krwią matczyną przechodzą przez łożysko i dostają się do ustroju płodu. Łatwość, z jaką zarazki, krążące we krwi matki, przechodzą przez łożysko, zależy przedewszystkiem od tego, czy łożysko jest prawidłowe, czy też okazuje zmiany patologiczne, które naogół przepuszczalność łożyska dla mikrobów zwiększają. Jednakże i łożysko prawidłowe, przynajmniej u niektórych zwierząt, jak to wynika z doświadczeń Sabrazèsa i Chambrelenta, może przepuszczać mikroby. Jak wiadomo, budowa łożyska u różnych zwierząt jest rozmaita; otóż i przepuszczalność łożyska dla mikrobów u rozmaitych zwierząt jest różna, zapewne w zależności od jego budowy. Przepuszczalność dla mikrobów łożyska ludzkiego jest większa, niż u zwierząt przeżuwających, a mniejsza, niż u gryzoniów. Z doświadczenia Charrina i Duclerca wynika, że niektóre stany patologiczne ogólne, mianowicie niektóre zatrucia, pomimo że nie sprowadzają dających się wykazać zmian patologicznych łożyska, zwiększają jego przepuszczalność dla mikrobów.

Liczne doświadczenia różnych autorów wskazują, że przez łożysko przechodzą ze krwi matki i zakażają płód zarazki ropotwórcze, zwłaszcza paciorkowiec ropny, zarazek wąglika, duru brzusznego, który u płodu sprowadza zakażenie krwi, pneumokok, przecinkowiec cholery, zarazek nosacizny i inne mikroby. Spostrzeżenia lekarskie świadczą,

że zimnica, gorączka powrotna, odra, płonica, ospa matki może przejść na płód. Ospa płodu zwykle kończy się jego śmiercią; jednakże choroba ta nie zawsze przechodzi z matki na płód; znane są nawet przypadki ciąży bliźniaczej, wśród której wybuchła ospa matki przeszła tylko na jeden płód. Conradi twierdzi na podstawie swoich niedawno ogłoszonych doświadczeń, że zarazek wścieklizny przechodzi z matki na płód jeszcze przed wybuchem choroby u matki; zarazek wścieklizny osłabia się jednak po przejściu przez łożysko; okres wylęgania się choroby jest wówczas dłuższy, niż po bezpośredniem zakażeniu substancyą mózgową matki.

Należy przytem zauważyć, że zarazki po przejściu ze krwią matki do płodu, nie zawsze sprowadzają w jego ustroju zmiany swoiste, a natomiast stosunkowo często są tu przyczyną zaburzeń odżywczych, które wiodą do różnych upośledzeń i wad w rozwoju płodu; mogą one również wywołać rozwijające się później usposobienie do niektórych chorób, niekiedy zaś odporność na nie. Oczywistą jest rzeczą, że i te ostatnio omówione stany patologiczne płodu, jakkolwiek z cierpienia matki powstałe, zupełnie nie są sprawami dziedzicznemi, ale sprowadzają się tylko do zakażenia łożyskowego.

(C. d. n.).

Z oddziału i kliniki laryngologicznej Prof. Pieniążka w Krakowie.

Dwieście siedemdziesiąt trzy przypadki twardzieli

leczone w latach 1894—1910

podał

Dr Antoni Pachoński
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Ujemną stroną rozszerzań, występującą na jaw w przypadkach, które wydają się jakby właśnie były stworzone dla takiego leczenia, jest występujący po nich niejednokrotnie odczyn w postaci obrzmienia, które sprawia, że n. p. u chorych, którzy przybyli do kliniki z żalami na zasychanie w gardle, mniejsze lub większe upośledzenie głosu, a doznawali małej tylko duszności po jednorazowem wprowadzeniu rurki Schröttera, nawet bardzo cienkiej, przechodzącej bez żadnego oporu, musieliśmy w parę godzin później wykonać tracheotomię z powodu znacznego zwężenia krtani (u 16 chorych, w tem u 2 dopiero po kilkakrotnem wprowadzeniu). Często bywa ta wrażliwość tylko chwilową, gdyż nierzadko, przeczekawszy po tracheotomii jakiś czas, aż obrzmienie ustąpi, udaje się mimoto rurkami Schröttera, wprowadzanemi ostrożnie i w dłuższych odstępach czasu, uzyskać rozszerzenie światła, a w dalszym ciągu zmniejszenie się nacieków.

Do wyjątków natomiast, po użyciu rozszerzadła Schrötterowskiego, należy odma podskórna. Mimo rozległego stosowania rozszerzadeł zdarzyło się to w nieznacznym stopniu tylko u jednej chorej. Nie była to wina metody i narzędzia samego, jak raczej terenu operacyjnego, bo mieliśmy odmę i po przepaleniu twardej pletwy twardzielowej elektrokauterem, a dwukrotnie, raz nawet bardzo groźną (jak wyżej opisałem), po zabiegu śródkrtaniowym. Każde działanie tutaj narzędziami wywołuje mniejsze lub większe rany, chory podrażniony kaszle odruchowo, a częściej jeszcze celowo dla odkrztuszenia spływającej krwi, a przy istnieniu tych warunków nic dziwnego, że czasem, jak się wyrażamy, »nadmucha się«, zresztą bez dalszych następstw.

Blizko u $1/4$ części chorych zajmuje twardziel tchawicę i wśród opisywanych twardzielowych w liczbie 273 wystąpiło to 75 razy. W trzech przypadkach była tchawica pierwotnem siedliskiem choroby, a w dalszych dziewięciu nie było równoczesnych zmian krtani i nacieki twardzielowe spotykało się dopiero dalej, np. w nosie lub jamie nosowo-gardłowej (zob. tablicę I.). Co do postaci nacieków, to te 75 przypadków według stanu, znalezionego przy pierwszem badaniu, dzielą się następująco:

25 naciek rozlany, często guzowaty całej tchawicy lub ogromnej jej części;
16 naciek rozlany górnej części tchawicy, wytwarzający czasem silne okrężne zwężenie;
8 takisam naciek dolnej części tchawicy;
6 naciek okrężny świeży w postaci wązkiego pierścienia w różnych wysokościach tchawicy;
3 naciek w postaci wysepek rozrzuconych po całej tchawicy;
10 pojedyncze ogniska, guziczki twardzielowe zwłaszcza na klinie podziałowym lub tuż nad nim;
6 stare zmiany w postaci listewek okrężnych lub półksiężycowatych, czasem jedna nad drugą;
1 postać mieszana: w górnej części stara listwa okrężna, w głębi naciek ziarnisty, zwężający światło tchawicy do wielkości groszku.
75

Naturalnie z biegiem czasu i w miarę różnych zabiegów leczniczych obrazy te zmieniają się. Z jednej strony przybywają świeże ogniska twardzielowe, oddzielone od dawniejszych lub z niemi się zlewające, z drugiej strony w dawnych naciekach zachodzą zmiany włókniste, wskutek których zmienia się ich barwa i zbitość, ulegają przypłaszczeniu lub całkiem i to znowu ogniskowo zmieniają się w blizny płaskie, podłużne i szerokie, lub wązkie, cienkie i okrężne albo sierpowate, zależnie od usadowienia się i przebiegu nacieku, z jakiego powstały.

Z chwilą przeniesienia się lub nawet i pierwotnego usadowienia się twardzieli w tchawicy, choroba staje się już bardzo poważną. Długie trwanie, ciągłe nawroty nie tylko przykuwają chorego na długi czas do zakładu i podkopują poważnie jego ustrój, ale nadto każdej chwili grożą mu nagłą śmiercią przez zaduszenie, któremu tylko doraźna i umiejętna pomoc może zapobiedz. Mimo że długość cierpienia rozwija u tych chorych znaczną pomysłowość właśnie w kierunku pomagania sobie i niesienia ulgi w okresach wzmagania się duszności, to przecież nieraz zostają oni tem zupełnie znienacka zaskoczeni. Wspomnę tu tylko o przypadku, jaki zdarzył się w klinice przed kilku miesiącami.

Barbara P... z Podhajec, leczona od roku 1907 z powodu scleroma cavi phar. nasal., laryngis et tracheae, w roku 1909 już ze zmianami staremi, bliznowatemi, była przez kilka miesięcy posługaczką kliniczną. W tym czasie, ponieważ światło krtani, a zwłaszcza tchawicy było dostatecznie szerokie, miała polecone tylko wziewania z 2% dwuwęglanu sodowego. Przez zaniedbanie wdychiwań nagromadziła się jednak w tchawicy tak znaczna ilość strupów

zaschłej wydzieliny, że raz w nocy wystąpiła silna duszność i to tak nagle, że chora odrazu straciła przytomność, a dalsze życie zawdzięcza tylko służącemu klinicznemu, który u sinej, charczącej i nieprzytomnej usunął szybko kaniulę i miękką sondą tchawiczną przebił czop zaschłej w tchawicy wydzieliny, którą chora następnie odkrztusiła.

Dalsze niebezpieczeństwo twardzieli tchawicy kryje się w bezpośredniem sąsiedztwie jej z oskrzelami, których zajęcie jest już zazwyczaj ostatecznym okresem choroby i życia. Niebezpieczeństwo tego rozszerzenia się jest tem większe, że twardziel zajmuje z pewnem upodobaniem miejsce podziału tchawicy na oskrzela, a przedewszystkiem klin podziałowy, skąd nacieki przesuwają się na boczne ściany i wywołują zwężenie wejścia do obu oskrzeli, a szczególnie lewego. Zajęcie głębsze oskrzeli spostrzegano u 12 chorych: 4 razy oskrzele lewe, 8 razy oba oskrzela, w tem raz jako pierwotne siedlisko choroby.

Przypadek ten dotyczył Anny J...., lat 24, służącej z Półwsia zwierzynieckiego. Zgłosiła się ona na klinikę 30. VI. 1907 ze znaczną dusznością, która miała trwać już od dłuższego czasu. Szczególnie upośledzony, t. j. utrudniony i wydłużony był wydech. W nosie, gardle, jamie nosowo-gardłowej, krtani i tchawicy niema żadnych zmian. Tracheo-bronchoskopia górna wykazały co następuje: Wejścia do obu oskrzeli, zwłaszcza prawe i same oskrzela, na krótkiej zresztą przestrzeni, zwężone przez naciek ziarninowy (badanie drobnowidowe: twardziel); naciek obejmuje i klin podziałowy. Po wyskrobaniu głąb oskrzeli okazała się już prawidłowa. Po zabiegu wystąpiła odma podskórna, obejmująca całą twarz, szyję, klatkę piersiową i część brzucha. Duszność większa. Kilkakrotna aspiracya powietrza z pod skóry wielką strzykawką, a później przyrządem ssącym Potaina. 14. VIII. chora opuściła klinikę z nieznaczną dusznością wydechową. Odma podskórna od dwu tygodni zupełnie ustąpiła. Dalsze losy chorej nieznane.

Twardziel tchawicy może mieć jednak i przebieg łagodny. Nacieki pozostają ogniskowemi, ograniczonemi, nie rozlewają się na większej przestrzeni, niebawem ulegają przemianie włóknistej i wygasają, jak świadczą o tem owe zmiany twardzielowe tchawicy, które już przy pierwszem badaniu przedstawiały się jako cieńsze lub grubsze listewki okrężne lub półksiężycowate, nawet nie zawsze zwężające światło tchawicy, a o ich przyrodzie świadczyły tylko gdzieindziej rozrzucone żywotne nacieki twardzielowe. W jednym przypadku takie świeże ognisko leżało w samej tchawicy, ale w znacznem oddaleniu od listwy, w innych spotykało się je dopiero poza tchawicą.

Łagodny przebieg pierwotnej twardzieli tchawicy przedstawiał np. chory Wincenty J....., wyrobnik z Hermanowej w Rzeszowskiem. W 31. roku życia, t. j. w r. 1898. został przyjęty na oddział laryngologiczny z twardzielą tchawicy i przewlekłym zanikowym nieżytem nosa i gardła. Z powodu silnej duszności wykonano zaraz tracheotomię i przy tracheoskopii dolnej wyskrobano okrężnie rozlany naciek twardzielowy dolnej połowy tchawicy, poczem miejsce zwężone rozszerzono zapomocą długiej elastycznej kaniuli, na stałe założonej. Po czterech tygodniach kaniulę usunięto, a chory opuścił oddział z zupełnie swobodnym oddechem. W roku 1901 wystąpiły zmiany twardzielowe w jamie nosowo-gardłowej na fałdach trąbkowo-gardłowych, jako ziarniste zgrubienie i zwężenie wejścia do prawej trąbki Eustachego, a w tchawicy znaleziono już tylko gładkie bliznowate zwężenie dolnej części, które w ciągu dwu tygodni miękkiemi sondami zupełnie rozszerzono. Tosamo powtórzono w ciągu paru miesięcy pod koniec roku 1904, a kiedy badałem chorego w r. 1909, znalazłem w tchawicy przy górnej tracheoskopii na górnej granicy dawnego nacieku okrężne, zupełnie gładkie, blade bliznowate zwężenie tak znaczne, że najcieńszy wziernik tchawiczny z trudnością tylko przez nie przeprowadziłem. Poniżej tego pierścienia bliznowatego było światło tchawicy już szerokie, a klin podziałowy i wejścia do oskrzeli nie okazywały żadnych zmian. Kilkakrotne wprowadzenie wziernika tchawicznego przez usta pod nadzorem wzroku usunęło i teraz zwężenie w zupełności, może znowu na lat parę.

Odmienny od opisanego przebieg, jaki niestety u bardzo wielu chorych spotykamy, miała twardziel u Chany P., recte F...., pozostającej w obserwacyi od roku 1894 aż do dzisiaj (ostatni raz opuściła klinikę po $1^1/_2$ miesięcznym pobycie z końcem kwietnia).

Przyjęta na oddział w 22. roku życia podawała chora, że przed rokiem wystąpiła u niej chrypka i wysychanie w gardle. Chrypka powoli pogarszała się, a w $^1/_2$ roku później zaczęła chora doznawać także duszności stopniowo się wzmagającej i przechodzącej niekiedy, zwłaszcza przy kaszlu, w formalne duszenie się.

Stan obecny (w skróceniu):

3. V. 1894. Nos: zewnętrznie bez zmian, w jamie nosowej prawej naciek blado różowy, zajmujący dno, ścianę boczną i część przegrody, wypełnia dolny przewód, przechodzi na małżowinę dolną. Przewód średni i małżowina średnia nie zmienione. Po stronie lewej takiesame zmiany, tylko w mniejszym stopniu i tą stroną chora jeszcze dobrze oddycha.

Gardło: Pharyngitis sicca.

Jama nosowo-gardłowa: Rozlany naciek na tylnej powierzchni podniebienia miękkiego tworzy po bokach poduszkowate wzniesienia i wzdłuż znacznie zgrubiałych fałdów podniebienno-trąbkowych przechodzi na ściany boczne i ścieśnia silnie nozdrza tylne od boków.

Krtań: dolna połowa nagłośni po stronie krtaniowej zajęta przez gładki naciek, ciemno-czerwono zabarwiony. Chrząstki nalewkowate silnie do siebie zbliżone przez naciek ściany tylnej (regio interarythenoidea), Następnie naciek przechodzi w postaci rozlanej na więzadła rzekome (kieszonka Morgagniego nie widoczna), na struny prawdziwe, a pod niemi tworzy wałki dość znaczne, które od przodu stykają się ze sobą i pozostawiają ledwo widoczny otwór w tyle. Przy fonacyi spostrzega się wyraźniej napinające się struny prawdziwe, które jednakże nie dochodzą do linii środkowej i fonacyjne zamknięcie głośni nie następuje.

Objawy zwężenia znaczne. Tracheotomia. Badanie wydzieliny z nosa co do prątków Frischa daje wynik dodatni.

7. VI. 1894. Lusterkiem Czermaka widać przez ranę tracheotomijną, że zgrubienia podwięzadłowe łączą się ze sobą i w tyle pod kątem ostrym, przez co szpara między niemi zawarta ma kształt wrzecionowaty

Śródkrtaniowo nacięto tylną ścianę; chrząstki nalewkowate rozstąpiły się częściowo, przez co krtań można dokładniej oglądać. Nacieki podgłośniowe zlewają się ze strunami, a głośnia przedstawia się wrzecionowato i przy oglądaniu od góry. Wycięto i wyskrobano ostrą łyżeczką nacieki w jamach nosowych.

23. VI. 1894. Laryngofissura i wycięcie nacieków podgłośniowych aż do brzegów strun prawdziwych, skrobanie nacieku między chrząstkami nalewkowatemi.

18. VII. 1894. Przed paru dniami usunięto kaniulę. Otwór głośni dostatecznie szeroki. Otwór po tracheotomii jeszcze nie zupełnie zrośnięty. Chora wychodzi do domu.

16. X. 1897 czyli w trzy lata później, zwężenie lej-

kowate w okolicy podgłośniowej; ściany oblepione zaschłą wydzieliną.

Tracheotomia w obrębie dawnej blizny. Lusterkiem Czermaka widać głośnię jako mały otworek, którym kończy się ów lejek, widoczny przy badaniu od strony gardła. Codzienne rozszerzanie otworka rurkami Schröttera od Nru 1—7, poczem chora opuściła oddział 7. XI. z kaniulą zatkaną korkiem.

1. VI. 1899. Pod obu strunami prawdziwemi wyniosłości listewkowate, łączące się ze sobą w przednim kącie krtani.

Leczenie: U chorej siedzącej wycięto listwy przez przetokę tchawiczną, a następnie stosowano rurki Schröttera Nr 3, 4, 5. Mimo postępu w rozszerzaniu się światła, przecież utrzymują się twarde zgrubienia ścian bocznych, wycięto je więc przez laryngofisurę. 26. VI. Kaniulę usunięto, a 3. VII. chora opuszcza oddział z oddechem zupełnie swobodnym. Chora wraca znowu w trzy lata później i pozostaje na klinice od 19. XI. 1902 do 27. I. 1903. Przyszła bez kaniuli z przetoką tchawiczną otwartą, którą przy mówieniu zatyka sobie czopem ze szmaty.

Krtań: Struny prawdziwe zgrubiałe, od przodu zrośnięte, pod niemi naciek, przechodzący na ścianę przednią i skracający znacznie szparę oddechową.

Tchawica: zaraz poniżej przetoki naciek okrężny pozostawia otwór wielkości groszku. Dalsza część tchawicy bez zmian, dopiero klin podziałowy jest zgrubiały.

Nos: po stronie lewej guzowate wyrośle szarawe, po prawej zewnętrznie w części chrząstkowej wybitnie twardy, a w środku szary naciek dna, przegrody i ściany bocznej pozostawia swobodną tylko linijną szczelinę.

Gardło: podniebienie miękkie rozpięte w postaci ostrego łuku gotyckiego, języczka nie widać.

Jama nosowo-gardłowa: przy rynoskopii tylnej widać języczek przeciągnięty zupełnie na tylną powierzchnię podniebienia miękkiego. Zakrywa on lemiesz, a po obu jego bokach widać wązkie szczeliny, wiodące do nozdrzy tylnych, zwężonych z boków silnie występującymi fałdami, biegnącymi od podstawy czaszki wzdłuż ścian bocznych ku podniebieniu miękkiemu. Trąbek Eustachego nie widać.

Leczenie: Wyskrobanie ostrą łyżeczką nacieku tchawicy, przepalenie elektrokauterem zrostu strun głosowych, wycięcie nacieków z nosa. W siedem miesięcy później w czasie od 3. VIII. do 2. IX. 1903 wycinano śródkrtaniowo nacieki ścian bocznych, a później wypalono elektrokauterem naciek w przednim kącie.

(C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Falk i Sticker. **O karbenzymie.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 1). Swego czasu podał Hedin, że węgiel zwierzęcy ma mieć podobno silne antytryptyczne działanie. Trypsyna zmieszana z węglem, po przesączeniu nie posiada już zdolności trawienia kazeiny. Działanie to tłómaczy H. nie jakimś chemicznym rozkładem trypsyny przez węgiel, lecz t. zw. adsorpcyą, t. j. zabraniem, przyczem każdej chwili część zaczynu może być oddana, n. p. przy dodatku kazeiny. Autorzy sprawdzali badania Hedina na nowo, i to z węglem roślinnym, zwierzęcym i grafitem, i przekonali się, że rzeczywiście węgiel wywołuje adsorbcyę trypsyny, ale nie w całości; pewna część pozostaje luźną, a raczej łatwo ją wydobyć znowu można. Najłatwiej uwalnia się zaczyn od węgla roślinnego rozczynami białkowatymi. Własność tę postanowili F. i S. wyzyskać praktycznie, mianowicie używając węgla jako przenośnika zaczynów. Połączenie trypsyny z węglem nazwali autorzy: »karbenzymem«. O ile wstrzykiwanie podskórne samej trypsyny wywołuje zaburzenia toksyczne, rozpad tkanki, podniesienia ciepłoty i t. p., to wstrzykiwania karbenzymu znoszą zwierzęta zupełnie dobrze. Nawet i wstrzykiwania śródżylne nie są niebezpieczne. W 2 przypadkach mięsaków u psów osiągnęli autorzy wybitną poprawę przez leczenie karbenzymem. Następnie przeszli autorzy do prób na ludziach w tej myśli, że wstrzykuje się tu związaną trypsynę, która dopiero powoli pod wpływem istot białkowatych się uwalnia. Przedewszystkiem podawali autorzy karbenzym wewnętrznie przy zaburzeniach przewodu pokarmowego, mianowicie przy sprawach fermentacyjnych w kiszkach, w których to podług Heima podawanie węgla jest wskazane, a dalej w przypadłościach, występujących po laparotomiach (wzdęcia i t. p.). Podawano tabletki karbenzymu co 3 godziny. — Wynik tego leczenia był bardzo dobry; wzdęcia znikały, lub nawet nie występowały wcale. Karbenzym okazał się też bardzo dobrym jako zasypka na rany. Do wstrzykiwań w przetoki używali autorzy zawiesiny w $^1/_2$% rozczynie sody. Autorzy zamierzają próbować tego leczenia głównie przy nowotworach; nie liczą wprawdzie na wyleczenia, ale choć na poprawę. (O stosowaniu karbenzymu przy gruźliczych cierpieniach donosi równocześnie w osobnej pracy Verth). Karbenzym stosuje się w postaci tabletek lub też jako zawiesinę w rozczynie sody. K.

Prof. Ritter. **Przyczynki do przeszczepiania tkanek.** (Med. Klinik. 1910, Nr 17). Materyałem bardzo dobrym do przeszczepiania i podatnym do łączenia innych przerwanych tkanek np. ścięgien, są naczynia krwionośne. Okazują one wielką żywotność i zdolność przygajania się. R. używał ich w doświadczeniach na zwierzętach w celu okrywania nimi rdzenia, jako nową oponą (w razie urazowego uszkodzenia); osłona taka przygajała się bez zarzutu. Gdzie chodzi o ubytki płaskie, tam znowu nieocenione usługi oddaje powięź mięśniowa, jak to wykazał Kirschner. Możemy z niej brać duże kawałki (np. z uda) i pokrywać nimi ubytki np. powłok brzusznych, łatać narządy miąższowe (Rotter np. zeszył w ten sposób pękniętą wątrobę), pokrywać kikuty amputacyjne, uruchomiać przecięte, a przedtem kostnie zrośnięte stawy i t. p. W miejscu zabrania powięzi nie spostrzega się w następstwie wcale przepukliny mięśniowej. Klęsk.

Hayward. **Dalsze doświadczenia kliniczne nad zastosowaniem barwików szkarłatowych do przyspieszania pokrywania się nabłonkiem powierzchni ziarninowych.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 36). Jak wiadomo, Fischer zwrócił w r. 1906 uwagę na fakt, że t. zw. szkarłat R w rozczynie oliwnym, wstrzyknięty podskórnie w ucho królika, pobudza żywo nabłonek do bujania. W r. 1908 polecił Schmieden stosowanie maści szkarłatowej celem przyspieszania pokrywania się nabłonkiem powierzchni ziarninowych, wykazując, że przy stosowaniu tej maści nietylko nabłonek buja szybciej, ale staje się grubszym i odporniejszym. Zapatrywanie to potwierdzili następnie i inni. Stöber podniósł, że własność tę posiadają i części składowe szkarłatu, zwłaszcza alphanaphtylamin. Badania nad tą sprawą przeprowadził H. w klinice Biera. H. przekonał się, że w handlu pod nazwą szkarłat R spotyka się bardzo różnorodne ciała, a naodwrót niektóre, nazwane inaczej, n. p. sudan IV odpowiadają zupełnie właściwemu szkarłatowi. Tem też tłomaczyć sobie należy, dlaczego niektórzy badacze nie spostrzegali żadnego skutku po stosowaniu szkarłatu. Wspomniany przez Stöbera alpha-naphtylamin nie posiada zupełnie własności pobudzania nabłonka do wzrostu, natomiast wybitną własność posiada stały składnik szkarłatu amidoazotoluol, przedstawiający się w czystej postaci jako proszek żółty, rozpuszczający się w alkoholu i eterze. Stosuje się go w maści 8% na waselinie lub lanolinie na powierzchnię ziarninową na 24 godzin, a potem robi się przerwę 1—2 dni, stosując przez ten czas obojętne maści. Wyniki kliniczne są przytem bardzo dobre. Barwik ten wyrabia akcyjna fabryka aniliny w Berlinie (S. O. 36. Lohmühlenstrasse 67). A.

Wassermann. **O kosmetycznem i leczniczem zastosowaniu parafiny w dziedzinie chorób nosa.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 26). W. zajmuje się wstrzykiwaniem parafiny od lat 9 i statystyka jego obejmuje już 100 przypadków. Tolerancya ustroju względem parafiny jest ogromna; można zastąpić parafiną cały sutek, jądro i t. p. Z czasem parafina ulega zwolna wessaniu i zastąpieniu przez tkankę łączną. Wyniki stałe są bardzo dobre. Czasem po wstrzyknięciu występuje obrzęk i zaczerwienienie skóry, trwające dość długo i kończące się niekiedy zaciągnięciami, psującemi zupełnie wynik. Obecnie stosuje się twardsze gatunki parafiny, albowiem przy dawniej używanych miękkich występowały powikłania, jak zatory płuc, tętnicy siatkówkowej (oślepnięcia) i t. p. W. używa do wstrzykiwań strzykawki Lermoyez-Macha, dozwalającej wstrzykiwać parafinę o punkcie topliwości 42—45°. Prócz plastyk nosa, sutka, jądra i t. p. znajduje ten sposób także lecznicze zastosowanie przy uporczywych cuchnących nieżytach nosa (ozena) w postaci wstrzykiwań podśluzówkowych. Dołączone ryciny ilustrują doskonałe wyniki kosmetyczne, osiągnięte przez autora. K.

Tiegel. **Chirurgiczne leczenie raka przełyku.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 17). Chociaż dotychczasowe wyniki operacyi raka przełyku są bardzo smutne, to jednak nie powinniśmy opuszczać rąk, lecz starać się ulepszać sposoby operacyi, gdyż operacya raka przełyku uzyska, zdaniem T., na pewno prawo obywatelstwa w chirurgii. Wielkim krokiem naprzód jest już operowanie pod zmiennem ciśnieniem podług Sauerbrucha. Trudności sprawia jeszcze łączenie obu odcinków przełyku, ew. przełyku z żołądkiem. Do tego celu polecono różne sposoby: 1) łączenie guzikiem, 2) przy raku wpustu wpochwienie chorej części do żołądka i następnie wycięcie guza od wewnątrz, t. j. od światła żołądka, 3) założenie przetoki żołądkowej po ślepem zaszyciu kikutów przełyku, ew. wpustu. Operacya u człowieka jest znacznie trudniejsza, niż u zwierząt, albowiem przełyk ludzki bardzo łatwo rozdziera się od szwów, a żołądek zwykle jest silnie skurczony i nie daje się dogodnie podciągać. Także powikłania płucne i opłucne wchodzą tu w rachubę. Operacya dwuczasowa, proponowana przez Küttnera, niema podług autora żadnej podstawy, albowiem chorzy sił na dwa zabiegi nie mają, a trzeba je wykonywać w kilka dni po sobie. Podobnie nieuzasadniona jest próbna laparotomia jako zabieg rozpoznawczy, jak również pierwotne założenie przetoki żołądkowej, gdyż nie wiedzie ono do celu, t. j. wiele sił choremu nie przysporzy, a bardzo utrudnia potem podciąganie żołądka przy operacyi śródpiersiowej. Naturalnie o wyniku rozstrzyga jedynie wczesna operacya przy dokładnem opanowaniu techniki operacyi śródpiersiowych. Klęsk.

Ginekologia i położnictwo.

Niskubina. 1) **Budowa ciałka żółtego.** 2) **Czynność ciałka żółtego.** (C. R. Soc. Biol. 1908, II. półr.). Ancel i Bouin. **Czynność ciałka żółtego** (tamże 1909, I. półr.). Badając ciałko żółte w rozmaitych okresach jego rozwoju u królika miała Niskubina na celu określić czas, kiedy następuje inwolucya tego ciałka, oznaczyć zmiany histologiczne i zbadać, jaki może być stosunek inwolucyi ciałka żółtego do fizyologii ciąży. Z badań N. wynika, że czynność ciałka żółtego jako »gruczołu o wydzielaniu wewnętrznem« ustaje około 15. dnia, t. j. około połowy ciąży. A zatem, jeżeli ciałko żółte wywiera jaki wpływ na ciążę, to chyba tylko w pierwszej jej połowie.

W następnym szeregu doświadczeń niszczyła N. żegadłem Paquelina ciałko żółte w rozmaitych odstępach czasu. Przytem okazało się, że po zniszczeniu ciałka żółtego w 7 do 11 dni po zapłodnieniu, następuje wessanie jaja płodowego. Nawet po zniszczeniu ciałka żółtego w 14 dni nastąpiło w jednym przypadku wessania jaja. Po zniszczeniu w 15 dni ciąża dochodziła do kresu i następował prawidłowy poród. Ciałko żółte ma więc bardzo wyraźny wpływ na fizyologię ciąży. Ono wytwarza warunki w macicy, konieczne dla rozwoju jaja płodowego. Wpływ ten trwa u królika tylko przez pierwszą połowę ciąży, t. j. 15 dni.

Ancel i Bouin, przekonawszy się doświadczalnie, że pęknięcie pęcherzyka Graafa u królika jest skutkiem podniecenia, powstałego w czasie aktu spółkowania, wpadli na myśl, by wyodrębnić wpływ ciałka żółtego w ten sposób, że parzyli samice z samcem, u którego wycięto kawałek nasieniowodu. Samiec taki nie mógł zapłodnić samicy i rozwój ciałka żółtego odbywał się w warunkach, analogicznych do ciąży. Okres rozwoju trwał 5—6 dni, okres zmian wstecznych zaczynał się na 13—14. dzień. Autorowie zauważyli przytem, że w macicy powstają takie same zmiany, jak i w czasie ciąży. Zmiany te mają przygotować macicę do utrwalenia (fixatio) jaja płodowego. A ponieważ jajo płodowe jako takie nie powstawało wcale w tych doświadczeniach, można więc przypuszczać, że przed swem utrwaleniem w macicy, nie wywiera ono na nią żadnego wpływu, a wszystkie zjawiska przygotowawcze są skutkiem działania nowo powstałego czynnika, mianowicie »ciałka żółtego«. Jednocześnie stwierdzili autorowie, że ciałko żółte ma wybitny wpływ na gruczoły mleczne. Objętość ich zwiększa się, następuje silne przekrwienie. Objawy te potęgują się do 13—14. dnia, następnie zanikają, gdy i w ciałku żółtem występuje sprawa zaniku.

W jednej grupie doświadczeń niszczyli autorowie ciałka żółte w rozmaitych odstępach czasu, w innej zaś grupie, żeby wyłączyć wpływ samego aktu spółkowania, wywoływali powstawanie ciałek żółtych przez przekłucie lub nacięcie dojrzałego pęcherzyka Graafa. Na podstawie tych badań dochodzą autorowie do wniosku, że 1) ciałko żółte wywołuje zjawiska przekrwienia, przerostu i ogólnych zmian w budowie macicy, zmian, które zwykle powstają w początkach ciąży; 2) ciałko żółte jest również przyczyną rozrostu komórek w gruczołach mlecznych.

Dr L. Mańkowski.

Adam Czyżewicz jun. **Doświadczenia nad zabezpieczaniem rodzących przed zakażeniem połogowem. O działaniu fagocytyny Rosenberga.** (Arch. f. Gyn. 1910, t. 99, z. III.). Ponieważ dotychczasowe wyniki po stosowaniu surowic przeciw zakażeniu połogowemu nie były zadowalniające, podjęto w ostatnich latach próby, najprzód na zwierzętach, ze środkami chemicznymi, wywołującymi leukocytozę; wyniki tych doświadczeń były dość zachęcające. Najlepsze wyniki osiągnięto po zastosowaniu 0·5% kwasu nukleinowego zobojętnionego i fizyol. rozczynu soli kuchennej. Następnie stosowano te środki u chorych, celem zabezpieczenia ich przed grożącem zakażeniem w ogólności. Rozczyn kwasu nukleinowego przygotowywano z początku zawsze świeżo przy łóżku chorego, później używano gotowych już przetworów: Böhringa »natrium nucleinicum«, Richtera fagocytyny sproszkowanej i Rosenberga rozczynu fagocytyny. Autor pierwszy podjął doświadczenia u rodzących; przypuszczał możliwość sztucznego zabezpieczenia ustroju rodzącej przed zakażeniem połogowem przez wywołanie leukocytozy pod wpływem podskórnych wstrzykiwań rozczynu fagocytyny Rosenberga w ilości 1 cm³. Istotnie przekonał się, że wstrzykiwania takie wywoływały u ciężarnych i rodzących zawsze leukocytozę. Występowała ona zwykle bezpośrednio po wstrzyknięciu, dochodząc po 6 godzinach do szczytu, poczem zmniejszała się stopniowo, a po 48 godzinach znikała bez śladu; przytem zauważył C., że leukocytoza jest neutrofilna, i że zmiany krwi, wywołane przez poród, nie mają żadnego wpływu na zmiany, wywołane przez fagocytynę i naodwrót. Celem poznania praktycznej wartości stosowania fagocytyny u ciężarnych i rodzących, wstrzykiwał ją C. wśród 300 zgłaszających się rodzących i położnic, każdej drugiej, bez względu na rodzaj przypadku, tak że otrzymał dwie różne grupy: 150 przypadków, gdzie stosowano fagocytynę i 150 dla kontroli, gdzie jej nie stosowano. Wyniki tych badań są następujące: w przypadkach napewno nie zakażonych, gdzie

ciepłota ciała nie przekraczała 37° C, wywołuje fagocytyna Rosenberga zabezpieczenie ustroju przeciw gorączce połogowej, wskutek czego gorączka tak rzadko występowała (4·67% : 10%); tam, gdzie mimoto rozwinie się zakażenie, fagocytyna może wybuch jego opóźnić. Wyniki te odnoszą się jednak tylko do tych przypadków, w których nie wprowadzano do jamy macicy ani ręki, ani przyrządów. W przypadkach podejrzanych z ciepłotą powyżej 37°, a poniżej 38°, pozostaje fagocytyna bez skutku, a nawet zdaje się czasem szkodzić, podobnie, jak i w przypadkach już zakażonych z ciepłotą ciała powyżej 38° C. Z tego widać, że fagocytyna może mieć tylko znaczenie zapobiegawcze, ale nigdy lecznicze. Nadaje się więc do stosowania w praktyce prywatnej w czystych przypadkach porodu samorodnego, i może tu obniżyć częstość gorączki połogowej do połowy. E. Ehrenpreis.

Richter. **Jakie usługi oddaje fulguracya w ginekologii.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 17). W klinice ginekologicznej w Dreznie stosuje się obecnie na szeroką skalę leczenie raków macicy fulguracyą, zwłaszcza tam, gdzie przypadek nie nadaje się do operacyi, lub w uzupełnieniu zabiegu. Jeden z głównych warunków, podanych przez twórcę fulguracyi Keating-Harta, t. j. gruntowne chirurgiczne usunięcie chorej tkanki, niestety właśnie w ginekologii bardzo często nie może być dopełniony i z tego też powodu wyniki co do trwałości wyleczenia są niezbyt świetne. Zwykle postępowano w ten sposób, że najpierw wykonywano wyskrobanie nowotworu (bez względu na krwawienie), a potem tamowano krwotok na przemian uciskiem i fulguracyą. Potem skrobano powtórnie utworzony strup i fulgurowano energicznie 10—20 minut, poczem tampon z gliceryną, płukanie pochwy rozczynem nadmanganianu potasu i wlewania acetonu. Ostatni ten środek (we wzierniku przez 10 minut) działa znakomicie stwardniająco, odwaniająco i nieraz tamuje krwotok. Choć więc leczenie fulguracyą nie leczy doszczętnie, to przecież ma ono swe zalety, bo łagodzi bole, tamuje krwawienie i usuwa na długi czas rozkład tkanki i cuchnące odchody, a daje się wykonywać prawie bezboleśnie, w razie potrzeby bez uśpienia. Fulguracya nadaje się znakomicie także do oczyszczenia n. p. części pochwowej z tkanki nowotworowej rozpadłej przed zamierzoną operacyą doszczętną. A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 23. kwietnia 1910 r.

Obecnych 24 członków.

I. Kol. Łokczewski opisał przypadek **tężca** u 15-letniej robotnicy fabrycznej. Chora, mimo stosowania surowicy przeciwtężcowej, na trzeci dzień zmarła.

W dyskusyi omawiano wartość leczniczą surowicy swoistej. Zabierali głos kol. Biegański, Rejman, Wasilewski, Wasserthal i Wrześniowski. Zdaniem większości kolegów surowica wywiera wpływ pomyślny tylko w podostrych i przewlekłych postaciach tężca.

II. Kol. Wrześniowski przedstawił chorego **po zeszyciu** naczyń biodrowych, a mianowicie zeszyciu **całkowitem tętnicy biodrowej i bocznem żyły biodrowej.** Chory postrzelony z rewolweru. Kula przeszła na granicy pomiędzy górną i środkową częścią uda. Początkowo stan chorego był zupełnie dobry. Po dwóch tygodniach wystąpiła gorączka 38·5° i obrzęk górnej części uda. Badanie stwierdziło w górnej połowie uda z przodu duży płaski guz, bolesny przy dotykaniu i chełbocący. Po trzech dniach wykonano operacyę. Guz tworzyły skrzepy krwi. Tętnica biodrowa przerwana zupełnie, końce oddalone od siebie na 3 ctm, łączy je tylko mostek grubości 2 mlm. Na przedniej powierzchni żyły rana w kształcie podłużnej wrzecionowatej szpary. Tętnicę zeszyto szwem ciągłym dwupiętrowym, żyłę zaś — ciągłym jednopiętrowym. Ranę zewnętrzną zeszyto częściowo i założono sączek. Po upływie czterech tygodni pozostał tylko mały pasek ziarniny. Chory zaczyna chodzić.

III. Kol. Stefan Kohn wypowiedział wykład: **O wczesnem wstawaniu położnic.** Prelegent streszcza poglądy Prof. Küstnera, oparte na wielkim materyale statystycznym, składającym się z 10.401 spostrzeżeń klinicznych. Przetrzymywanie położnic w łóżku w ciągu kilku tygodni, jak się to dzieje zazwyczaj w praktyce, nie daje się usprawiedliwić żadnymi względami i najczęściej sprzyja powstawaniu różnych zboczeń, z których pierwsze miejsce zajmuje tyłozgięcie macicy. Prelegent omawia wpływ wczesnego wstawania na zmiany wsteczne narządów rodnych, na zator tętnic płucnych, na zakażenie, przebieg ciepłoty, tętno, trawienie, czynność pęcherza i odbytnicy, wreszcie na stan podmiotowy. Po rozważeniu wszystkich okoliczności za i przeciw, wypowiada kol. Kohn zdanie, że pomijając przypadki gorączki i zakażenia, położnice po porodach, przeprowadzonych bez zarzutu pod względem czystości, powinny wstawać bardzo wcześnie, już w kilka dni po porodzie. Nie należy jednak utożsamiać wstawania ze zwykłą pracą w życiu codziennem.

W dyskusyi oświadcza kol. Nowak, że prace, oparte wyłącznie na spostrzeżeniach klinicznych, nie mają bezwzględnej wartości, albowiem, wobec wczesnego opuszczania kliniki przez położnice, nie uwzględniają dalszego przebiegu połogu. Wczesne wstawanie ułatwia niewątpliwie wydzielanie odchodów, moczu i kału, może jednak mechanicznie sprzyjać powstawaniu zatorów. Poglądy Küstnera mają jeszcze wielu przeciwników. — W tej samej sprawie zabierają głos kol. Brzozowski i Edward Kohn.

IV. Kol. Stefan Kohn przedstawił **rachiotom,** stosowany przy poprzecznem zaniedbanem położeniu w celu przecięcia kręgosłupa.

V. Kol. Wacław Kohn przedstawił hodowle i preparaty drobnowidowe **twardzieli, laseczniki duru i okrężnicy** na podłożach Drigalskiego. Dr Karol Rozenfeld.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 3. marca 1910.

Przew. kol. Rundo. Sekr. kol. Tomaszewski.

Kol. Sterling wypowiedział drugą część swego odczytu: **O postępach w dziedzinie lecznictwa chorób płuc i serca.** Mówiąc o postępach lecznictwa gruźlicy płuc wskazał był prelegent na usiłowania leczenia przyczynowego; zarówno tuberkulina, jak i metody operacyjne dążą nieraz skutecznie do usunięcia samej anatomicznej istoty choroby. Inaczej w dziedzinie chorób serca i nerek. Tu wszystko się ogranicza do lecznictwa czynnościowego. Poważne wzbogacenie lecznictwa chorób serca stanowią dwa przetwory, które śródżylnie wprowadzać można: digalen i strofantyna. Ich przewagę nad innymi przetworami naparstnicy stanowi jedynie to, że działają bezpośrednio po ich zadaniu. Ale ta ich własność czyni je nieraz bardzo pożądanymi. — Jeżeli przyczyną wyczerpania serca jest spadek ciśnienia z powodu rozszerzenia się światła naczyń (najczęściej naczyń układu naczyń trzewnych), wówczas znakomite usługi oddać może adrenalina, którą śródżylnie, ale i podskórnie (do tkanki łącznej) wprowadzać można.

Na szeregu przykładów objaśnia prelegent dodatnie wyniki, jakie miał przy użyciu wyżej wyliczonych środków w przypadkach zapadu w przebiegu chorób zakaźnych (zapalenie płuc, zapalenie otrzewnej). Wskazuje na wartość tych środków przy leczeniu chirurgicznem wielu chorób jamy brzusznej i przy leczeniu zatruć, którym towarzyszy nagły spadek ciśnienia (adrenalina).

Codzienne spostrzeżenia z praktyki przekonały prele-

genta, że poza nielicznymi wyjątkami — ogół lekarzy utożsamia do dziś dnia leczenie dyetetyczne chorób nerkowych przewlekłych z leczeniem dyetą mleczną. Dyeta bezchlorowa, t. j. usunięcie z pożywienia soli kuchennej, jako główna zmiana w zwykłej dyecie, nie znalazła u nas zwolenników. A jednak ta dyeta bywa w większości przypadków skuteczna, a jest dla chorego wygodniejsza; dyeta mleczna jest dyetą półgłodową; dyeta bezchlorowa pozwala na dobre odżywianie. Co prawda, bywają przypadki, w których wydalanie wody przez nerki jest utrudnione, więc pierwotnym czynnikiem szkodliwym, wywołującym powstanie obrzęków nie jest zatrzymanie soli kuchennej; wtedy dyeta bezchlorowa nie jest skuteczna; w większości jednak przypadków zatrzymanie soli jest czynnikiem szkodliwym pierwotnym i dlatego dyetę bezchlorową należy stosować tytułem próby w każdym przypadku zapalenia nerek miąższowego. Systematyczne ważenie chorego daje najlepsze kryteryum do oceny wyników tej terapii, zarówno jak i do oceny szkody, jaką przynieść może powrót do dyety zwykłej.

Dyetę bezchlorową z powodzeniem stosować można i przy obrzękach sercowych, a nawet przy puchlinie brzusznej z powodu marskości wątroby, przy obrzękach przewlekłych pochodzenia mechanicznego i zapalnego. Główną jednak dziedziną stosowania tej dyety są choroby nerek, serca i naczyń (dyspnoe cardiale, angina pectoris, arteriosclerosis universalis). Jednocześnie sprzyjać należy zwiększonemu wydalaniu wody (środki moczopędne).

Prelegent przytacza jadłospis specyalnej »porcyi« szpitalnej bezchlorowej, jaką stosuje w szpitalu. Zawiera ona jaja, cukier, kartofle, kasze, kluski, ryż, owoce, groch, fasolę; mięso cztery razy na tydzień po 200 gr.; móżdżki cielęce; wszystko jest przygotowywane bez soli; pieczywo jest specyalnie także bez soli kuchennej pieczone. Gotowe pokarmy chory posypuje azotanem sodowym (natrium nitricum, po 5 gr. dziennie). Ta porcya bezchlorowa zawiera około 80 gr. białka, tyleż tłuszczu i 400 gr. węglowodanów, ciepłostek 2000—2500, a soli o wiele mniej, aniżeli dwa litry mleka. Dyetę ściśle mleczną stosuje prelegent tylko w przypadkach ostrych i przechodząc od dyety zwykłej do bezchlorowej. Po 2—3 tygodniach dyety bezchlorowej powrócić należy stopniowo (ważąc chorego) do dyety zwykłej.

W dyskusyi nad powyższym odczytem ostrzega kol. Trenkner przed zbiorowem (kumulatywnem) działaniem digalenu, oraz w odpowiedzi na zarzut ścisłego przestrzegania mlecznej dyety w zapaleniu nerek, oświadcza, że w szpitalu zakaźnych i w szpitalu dziecięcym również jest stosowana dyeta mieszana, bezchlorowa. — Kol. Pański przypomina, że w padaczce nadmiar chloru wywołuje zwiększenie napadów. Usunięcie chloru z pokarmów, nawet bez podawania bromu, zmniejsza i łagodzi napady. Mowca proponuje azotan sodowy zastąpić bromkiem sodu. — Kol. Grabowski zapytuje prelegenta, w jakiej formie i ilości wstrzykuje adrenalinę, ponieważ spostrzegał przypadki, gdzie po wstrzyknięciu adrenaliny nastąpiła zgorzel śluzówki. — Kol. Tomaszewski twierdzi, że przy wstrzykiwaniu digalenu pod skórę nie spostrzegał takich nieprzyjemnych powikłań, o jakich wspominał prelegent. — Oprócz tego zabierali głos kol. Mogilnicki, Rundo i Klozenberg. — Kol. Sterling odpowiada: Digalen niema przewagi nad np. pulv. fol. digitalis depurat.; wartość jego stanowi możność zadziałania naparstnicowego w ciągu pół godziny — przy stosowaniu śródżylnem. Jeśli dyetę bezchlorową stosują z powodzeniem w dwu szpitalach, to tem dziwniejsza, dlaczego w praktyce wszyscy po dawnemu surowo zalecają przez długie tygodnie dyetę mleczną. Zastąpić azotan sodowy przez bromek sodu St. nie radzi, ponieważ brom stale używany upośledza odżywianie; azotan sodowy jest przy tem łagodnym lekiem moczopędnym. St. nie widział zgorzeli po podskórnem wstrzykiwaniu adrenaliny; jeśli zdarza się ona na błonach śluzowych, to z powodu obfitości naczyń tych błon, czego niema w tkance łącznej podskórnej. Zatrucie alkaloidami, nawet zwężającymi naczynia, wywołuje wstrząs przez stan niedowładu naczyń trzewnych, a więc przez spadek ciśnienia. Dyeta ściśle mleczna przez czas długi jest właściwa chyba przy jednem tylko cierpieniu, przy tętniaku tętnicy głównej, gdzie nam chodzi o ochudzenie chorego. Wspomniana w odczycie hipoteza o zależności t. zw. skazy wysiękowej od nadmiaru soli kuchennej w pożywieniu przekarmianych dzieci ma swoich zwolenników i warta jest sprawdzenia.

---

39 Zjazd niemieckiego towarzystwa chirurgicznego

(Berlin 30. III. — 2. IV. 1910)

podał

Dr. Adolf Klęsk.

(Dokończenie).

25. Sprengel. **Uwagi w sprawie cięcia i szwu powłok brzusznych.** S. poleca przy operacyach brzucha cięcia poprzeczne, jako najmniej uszkadzające, gdyż biegnące równolegle do przebiegu tkanek.

26. Rehn (jun.). **Przyczynki do wolnej plastyki.** R. zdaje sprawę z wolnych przeszczepiań ścięgien, powięzi i tkanki tłuszczowej.

27. Lexer. **Przeszczepiania stawów.** Demonstracye odpowiednich przypadków: 1) przeszczepienie stawu kolanowego u 20-letniej dziewczyny, 2) przeszczepienie stawów kolanowych u 20-letniego mężczyzny, 3) przeszczepienie części kości goleniowej w miejsce wyciętej łokciowej u 50-letniego chorego, operowanego z powodu mięsaka, 4) wycięcie części stawowej goleni z powodu mięsaka u 20-letniej dziewczyny i wstawienie takiejże części z goleni świeżo amputowanej innego osobnika. Po operacyi chorzy leżeć powinni bardzo długo (do pół roku), by nie obciążać za wczas nowo-stworzonego stawu.

28. Saar. **Doświadczalne i kliniczne próby plastyki opony twardej.** S. poleca do tego celu powięź, otrzewnę i okostnę.

W dyskusyi podaje m. i. Unger, że w przypadku mocznicy przyszył nerkę małpy do tętnicy udowej chorego, Franke, że przeszczepiał skutecznie jajniki i t. p.

29. Anschütz. **Demonstracye przedłużania kończyn.** Z pomocą skośnego przecięcia kości udaje się przedłużać kończyny nieraz do 15 cm.

30. Dreyer. **Możność natychmiastowych ruchów po szwie ścięgna.** Na podstawie swego doświadczenia poleca D. nie zakładać opatrunku ustalającego po szwie ścięgna, lecz odrazu wykonywać ruchy.

31. Friedrich. **Gruźlica otrzewnej.** Stwierdziwszy, że wstrzykiwanie hygroskopijnych substancyi wywołuje w otrzewnej szybkie nagromadzanie się płynu i potem szybkie jego znikanie, postanowił F. zastosować to do leczenia gruźlicy otrzewnej. Wstrzykuje się dzieciom 15—20 cm^3, a dorosłym 20—30 cm^3 gliceryny (glycerinum officinale), i to kilkakrotnie z małego cięcia tępą kaniulą. Tylko pierwsze wstrzyknięcie robi się z dużego cięcia (celem oryentacyi). Nie nadają się do operacyi duże guzy gruźlicze, przypadki z owrzodzeniami jelit przedziurawionemi i ropienia otrzewnej. W ten sposób leczono 22 przypadki. Wyniki bardzo dobre. Już w 3—4 miesięcy przybytek wagi, spadek ciepłoty, niekiedy zupełne wyzdrowienie.

32. Bergel. **Tworzenie kostniny z pomocą włóknika.** Włóknik jest koniecznie potrzebny do tworzenia się kostniny i dlatego poleca B. przy stawach rzekomych podokostne wstrzykiwanie włóknika.

33. Brunner. **Rzut oka na obecny stan traktowania ran w praktyce.** Na rozesłane zapytania otrzymał B. od operatorów następujące odpowiedzi: Do mycia przeważnie używa się sposobu Fürbringera. Połowa chirurgów u-

żywa do operacyi rękawiczek, $^1/_3$ masek. Wielka część chirurgów operuje sucho, ew. tamponuje przeciwgnilnie. Co do ran przypadkowych, to przeważnie traktują je chirurdzy przeciwgnilnie, a otaczającą skórę odkażają jodyną. Przy złamaniach powikłanych największe ma zastosowanie balsam peruwiański, do tamponany gaza jodoformowa.

34. Bürgers. **Oznaczanie żywotności paciorkowców.** B. poleca oznaczać żywotność paciorkowców na podstawie obliczenia, ile z nich zostaje pochłoniętych przez ciałka białe. Na 100 ciałek w razie żywotności paciorkowców liczba ta wynosi 50—100, w razie braku żywotności 0—30.

35. Hageman omawiał **działanie surowicy przeciwpaciorkowcowej** na podstawie 46 przypadków z kliniki Payra w Greifswaldzie. Wyniki były niebardzo zachęcające.

36. Klapp. **Operacyjne uruchomienie stawu kolanowego.** Przy sztywnem kolanie zwykle tylne powierzchnie stawu są wolne i ich właśnie używa K. do uruchomienia, wycinając z kości udowej klin z podstawą od przodu i przesuwając powierzchnie w ten sposób, że tylne stanowią główną część ruchomego stawu.

37. Steinmann. **Pęknięcie chrząstki półksiężycowatej kolana.** S. przytacza 17 przypadków operowanych. Najczęściej pęka chrząstka wewnętrzna i to podłużnie na dwa ramiona.

38. Hochmeier. **Obecny stan znieczulenia lędźwiowego.** Doniesienie o 2400 przypadkach różnych operatorów. Znieczulenie zawiodło w 9%. Najczęstszem powikłaniem są bole głowy, ew. krzyżów. Pięć razy zdarzyło się się porażenie n. odwodzącego, z czego 3 stałe. Powikłania nerkowe (stowaina) są rzadkie, natomiast często wymioty i podniesienia ciepłoty. 4 razy spostrzegano zapad i musiano zastosować sztuczne oddychanie. Powikłania płucne w 1·7%. 12 zejść śmiertelnych, z tego 4 wskutek porażenia oddechu, 1 na udar mózgu zaraz po wstrzyknięciu, 3 razy ropne zapalenie opon (złe wyjałowienie wstrzykiwanych przetworów). H. sądzi, że znieczulenie lędźwiowe stosować się powinno tylko w niezbędnej potrzebie, gdy inne sposoby niedają się zastosować.

39. Payr omawiał patogenezę i leczenie operacyjne **wrzodu żołądka,** Küttner leczenie wrzodu modzelowatego. Ważną rzeczą jest fakt, że obaj autorzy w wyciętych wrzodach w 27 (Payr) do 43·4% (Küttner) wykazali początki raka.

Korespondencya.

Z Kopenhagi.

Podam nieco wiadomości i uwag o »Statens Seruminstitut«, państwowym zakładzie serologicznym. Zakład ten, otwarty w r. 1902, obejmuje 5 budynków. W budynku głównym, dwupiętrowym, pierwsze piętro zajmuje mieszkanie dyrektora zakładu; na parterze mieszczą się: pokój administracyjny, pracownie: chemiczna, serologiczna, bakteryologiczna (obok niej pokój-termostat), »pokój Wassermanna« (przeznaczony wyłącznie tylko dla badań odczynu W.), dalej 2 pokoje do wyrobu surowicy przeciwbłoniczej, pokój z przyrządami do wyjaławiania i pokój fotograficzny; z wyjątkiem pokoju fotograficznego wszystkie ubikacye i wszystkie sprzęty biało malowane, wszędzie posadzka z »terrazzo«, okna bardzo duże, przy każdem oknie palnik gazowy i wodociąg, przy nim zaś urządzenia ssące do wytwarzania próżni. W pracowniach termostaty różnej konstrukcyi, do celów zaś hemolitycznych używane są tylko termostaty wodne Ostwalda; zakład ma dwie wirownice, z których większa (8.000 obrotów na minutę) wyrobu tutejszej fabryki »Burmester i Wain« miała być na wystawie higienicznej w Berlinie w r. 1907 przedmiotem ogólnego uznania. Piętro drugie przeznaczone na skład różnych przyrządów. W suterenach znajdują się: pokój do pakowania tabletek antytyreoidynowych, pokój do mycia probówek i innych naczyń szklannych — i drugi do suszenia; dalej są: ubikacya dla mniejszych zwierząt, używanych do doświadczeń, pracownia mechanika zakładu i »lodownia«. W »lodowni« ciepłotę + 4° C. do + 8° C. utrzymuje się zapomocą parowania amoniaku; »lodownia« podzielona jest na 2 części; jedna służy do przechowywania »Testgift« błoniczego, różnych toksyn, lizyn i jadów węży, — druga do codziennego użytku. W przyległym budynku stajnia dla koni; obok sala operacyjna. Trzeci, najbardziej odległy budynek, »Pesthus«, zbudowany wyłącznie tylko dla badań bakteryologicznych w razie wybuchu cholery lub dżumy, urządzony zaś w ten sposób, że przy zamykaniu i otwieraniu drzwi i przyrządów, przy używaniu telefonu, nie posługując się rękami, wygodnie się można posłużyć ramieniem. W czwartym budynku jest stajnia dla kóz i baranów, w piątym pomieszczenie dla zwierząt mniejszych, do doświadczeń nie używanych, a przeznaczonych do rozmnażania się. W stajniach zakładu mieści się 15 koni, do 100 kóz i baranów, królików i świnek morskich po kilkaset, około 1000 myszy i zależnie od potrzeby większa lub mniejsza ilość szczurów; świnek morskich przy samym wyrobie surowicy przeciwbłoniczej i przy odczynie Wassermanna zużywa zakład miesięcznie do 100. W ogrodzie otaczającym budynki znajduje się boisko, na którem pewną część dnia zwierzęta przebywają. Utrzymanie całego zakładu zewnątrz i wewnątrz wzorowe. Zakład zatrudnia 1 mechanika, 1 stajennego i 5 osób do posługi. W pracowniach do pomocy asystentów zajęte 2 panny. Koszta utrzymania zakładu wynoszą rocznie 60.000 koron skandynawskich = 90.000 koron wal. austr.

Zakład pozostaje pod dyrekcyą Dra[1]) Thorwalda Madsena Rozwój zakładu był bardzo szybki; w początkach przed ośmiu laty jeden asystent spełniał wszystkie zadania — dzisiaj zakład ma 6 asystentów i wkrótce będzie powiększony o nowy budynek, przyczem liczba pracowni podwoi się. Kierownikiem oddziału rozpoznawczego jest Dr Oluf Thomsen, — fabrycznego kand. farm. Walbum. Zadaniem oddziału rozpoznawczego jest wykonywanie — dla całego kraju — wszelkich badań bakteryologicznych i serologicznych, wśród których pierwsze miejsce zajmują: próba Widala i odczyn Wassermanna. Co się tyczy sposobu porozumiewania się zakładu z lekarzami, trudno o lepsze i praktyczniejsze od tutejszego postępowanie. Na żądanie każdego lekarza w całej Danii, wysyła zakład bezpłatnie list pod nazwą »próbki«, zawierający: kopertę z wydrukowanym adresem zakładu, a w niej blankiet złożony i owinięty na futerale drewnianym (długości 5 cm); w futerale znajduje się naczyńko szklanne, pojemności 2—3 cm³, wyjałowione, zamknięte wyjałowioną zatyczką kauczukową. Całe postępowanie objaśnia tekst blankietu; na jednej jego stronie znajduje się następujący kwestyonaryusz: »Odczyn Widala. Nazwisko chorego? Jego lub jego rodziców zatrudnienie? Wiek? Mieszkanie? Próbka krwi brana dnia? Kiedy się zaczęła choroba? Czy oddany do szpitala? Data przyjęcia? Czy chory dawniej dur brzuszny przechodził? Zródło zakażenia? Uwagi. Nazwisko lekarza? Adres? Liczba telefonu? O jakim czasie można się zgłaszać?« Odwrotna strona blankietu opiewa: »W płatek ucha, dokładnie obmyty, należy zadać głębokie ukłucie wyjałowionym nożykiem lub lancetem; naczyńko po naczerpaniu weń 15—20 kropel krwi należy natychmiast zakorkować i odstawić, póki krew nie skrzepnie; potem należy naczyńko zamknąć w drewniany futerał, na futerał zaś owinąć blankiet złożony i w załączonej kopercie wysłać jako zwyczajny list. O wyniku każdej próby, która rano do zakładu nadeszła, zawiadamia zakład telefonem codziennie (z wyjątkiem niedziel i świąt), jeśli na blankiecie podano numer telefonu

[1]) Tutaj Dr = docent u nas; Dr ma prawo wykładów uniwersyteckich.

i czas, w którym się zgłaszać należy« [2]). Prócz tego, w kilka dni po przysłaniu próby, każdy lekarz zostaje pisemnie powiadomiony o wyniku badania na blankiecie, na którym między innymi punktami czyta się: »Odczynu można się spodziewać najwcześniej w 4–5. dniu choroby«. »Brak jego nie wyłącza, że chory cierpi na dur brzuszny«. »Jeśli chory przechodził dawniej dur, surowica jego może przez kilka lat zachowywać własność aglutynowania i tylko stwierdzenie wzrastania siły własności aglutynacyjnych surowicy, w początku choroby, ma znaczenie dla rozpoznania«. »Jeśli przypadek niejasny, należy w ciągu kilku dni nadesłać nową próbkę«. W pojęciu próby Widala leży badanie: co do bakteryi duru, paratyfusu A i B, dalej hodowanie bakteryi ze skrzepu przysłanej próbki krwi: szczegół to nieposlednicgo znaczenia, nierzadko bowiem zdarza się, że w surowicy tegosamego chorego, badanej kilkakrotnie w przerwach kilkudniowych, odczyn Widala jest zawsze ujemny, natomiast ze skrzepu tychsamych próbek udaje się za każdym razem wyhodować bakterye durowe. W ostatnich czasach zarządzono w całym kraju bardzo skrupulatne poszukiwania tak zwanych »roznosicieli bakteryi durowych« (Typhusbazillenträger); zakład otrzymuje z całego kraju próbki kału i moczu osób zdrowych lub pozornie zdrowych, które z jakiegoś powodu mogą uchodzić jako źródło zakażenia durowego. Jako ilustracya niechaj posłuży przypadek w jednej wiosce, gdzie w ciągu kilku tygodni zachorowało 15 osób na dur brzuszny; lekarz powiatowy stwierdził, że wszystkie osoby chore brały nabiał w jednej mleczarni. Z polecenia lekarza posłano do »zakładu serologicznego« kał i mocz zdrowych osób, w mleczarni zajętych; badanie bakteryologiczne wykryło, że jedna kobieta jest »roznosicielką« bakteryi durowych. Roznosicielom bakteryi durowych nie wolno tutaj mieć zajęcia przy artykułach żywności, a tego dopilnować jest obowiązkiem lekarza miejskiego lub powiatowego; o zmianie miejsca zamieszkania »roznosiciela« muszą lekarze urzędowi wzajemnie się zawiadamiać. Każdy »roznosiciel duru« bywa dokładnie pouczony, jak się ma zachować, by innych nie zakażać. Dzisiaj w Danii na $2^1/_2$ miliona mieszkańców liczba zachorzeń na dur brzuszny w ciągu roku wynosi około 600. (Dok. nast.).

Dr Kostrzewski.

Zebranie Komitetu lekarskiego słowiańskiego w Sofii.

Prof. Wicherkiewicz wystosował do Dra Berona, prezydenta lekarzy bułgarskich w Sofii, list, brzmiący w tłumaczeniu jak następuje:

»JW. Panie Prezydencie! Po szczęśliwem usunięciu rozlicznych przeszkód, utrudniających przygotowanie zjazdu członków Komitetu lek. słow. w Sofii w d. 2. lipca b. r., odczuwam potrzebę zwrócenia słów kilku do Pana, P. Prezydencie i do bułgarskich naszych kolegów, i to nietylko w mojem własnem imieniu, ale by dać zarazem wyraz zapatrywaniu towarzyszy moich w biurze Komitetu słowiańskiego, a niewątpliwie także moich Kolegów rodaków wogóle w ich imieniu.

Pewien odłam prasy zagranicznej rozgłaszał niedawno wieść, jakoby Polacy postanowili nie przyjmować udziału w zebraniu Komitetu lek. słow., gdyby tenże odbył się w Sofii. Takie postawienie kwestyi polega na nieporozumieniu, jeżeli nie ma być oszczerstwem. Przyznaję, że w tym roku bylibyśmy woleli każde inne miasto słowiańskie, niż Sofię, wybrać na miejsce konferencyi, a to z tego zwłaszcza względu, by uniknąć atmosfery politycznej, która, wobec mającego się równocześnie w Sofii odbyć Kongresu neoslawistów, — bezwarunkowo zdaniem naszem objawiać się będzie tak przed, jak i po Kongresie w stolicy Waszej, a która nam Polakom bynajmniej sympatyczną być nie może, przypominając w zbyt przykry sposób zupełny brak zrozumienia naszych słusznych aspiracyi i brak nawet dobrej woli, który w Petersburgu zaznacza się tak dobitnie przeciw nam, głównie przez usta hr. Bobrinskijego i jego towarzyszy.

W liście poprzednim miałem już zresztą zaszczyt wyrazić moje zapatrywanie w tym względzie i sądzę, Panie Prezydencie, żeś Pan wyniósł z niego przekonanie, że to powód jedyny, dla którego w tym właśnie czasie pragnęliśmy ominąć Sofię. Zaznaczaliśmy już raz dawniej, że inny termin Zjazdu uważalibyśmy za dogodniejszy dla nas i odpowiedniejszy nietylko dla zadań i celów Komitetu lekarskiego, lecz także na koleżeńskie spotkanie się z naszymi słowiańskimi Kolegami. Z żalem zaś wyrazić musimy wątpliwość, czy zdołalibyśmy zrozumieć się nawzajem w chwili, gdy w Petersburgu ludzie, powołani do szczytnej propagandy słowiańskiej, zdradzają nas Polaków i sprzeniewierzają się samej idei ogólno-słowiańskiej.

Jesteśmy zawsze gotowi uścisnąć dłoń nawet dawnych przeciwników, jeżeli w szczerej intencyi ją nam podadzą. Wyraziłem tę myśl publicznie w Petersburgu w roku 1902 na posiedzeniu Zjazdu rosyjskich lekarzy, co gorąco wtenczas oklaskiwano. Ileż razy od tego czasu usuwano nam tę dłoń — zwłaszcza w latach ostatnich!...

Poza tem termin Zjazdu w miesiącu lipcu jest dla nas o tyle jeszcze niekorzystnym, że zbiega się z obchodem Grunwaldzkim, który odbędzie się jednocześnie w Krakowie, i z nawałem prac zawodowych, które wielu z nas do końca lipca od podróży wstrzymują.

Mam nadzieję, że Pan, Panie Prezydencie oraz Jego współrodacy, zechcecie sprawiedliwie ocenić i uznać ten zbieg okoliczności, które nie pozwalają nam odwiedzić naszych bułgarskich Kolegów, dla których zachowamy jednak stale przyjazne uczucia, życząc Im, by naród Ich był szczęśliwym, by znowu się stał wielkim między narodami cywilizowanymi, pomny szczytnej idei kultury istotnej, która brzydzi się tyranią, niesprawiedliwością i uciskiem wobec słabszych.

W końcu załączam prośbę, żebyś raczył, JWPanie Prezydencie, przy otwarciu Kongresu lekarzy bułgarskich list ten kazać odczytać, by kategorycznie położyć kres wszelkim mylnym domysłom odnośnie do wstrzymania się Polaków od udziału w zebraniu Komitetu lek. słow., jakoteż w Zjeździe bułgarskich lekarzy.

Racz przyjąć itd.

Prof. Wicherkiewicz,

Prezes Komitetu lek. słowiańskiego i Komitetu lek. polskiego dla międzynarodowych Zjazdów lekarskich«.

Otrzymaliśmy następujący:

»Program konferencyi nadzwyczajnej centralnego słowiańskiego Komitetu lekarskiego, mającej się odbyć w Sofii w dniu 2. lipca o godz. 9 rano w lekarskiej bibliotece (medicinska biblioteka).

1. Zagajenie konferencyi przez p. wiceprezydenta Kom. lek. sł. 2. Sprawozdanie z nadzwyczajnej konferencyi Centr. słow. komitetu lekarskiego, odbytej w Wiedniu d. 5. września 1909 r. złoży prof. Pesina z Pragi. 3. Sprawozdanie za rok ubiegły spisane przez jener. sekretarza Dr J. Surzyckiego z Krakowa zostanie odczytanem. 4. Organizacya lekarzy czesko-słowiańskich. Referat prymaryusza Dr Semerád z Pragi. 5. Organizacya czeskich zdrojowisk a wywóz wód mineralnych. Założenie związku lekarzy kąpielowych. Ref. Prof. Vesely z Pragi. 6. Dyskusya nad przygotowaniem wszechsłowiańskiego zjazdu lekarskiego. Zagai Prof. Pesina z Pragi. 7. Ustawa Centralnego lekarskiego Komitetu słow. i Komitetów lek. narodowych w ostatniem opracowaniu. Dyskusya i przyjęcie ostateczne z ewent. zmianami. 8. Stosunek narodowych Komitetów lekarskich do międzynarodowych lekarskich kongresów. Referat z odnośną rezolucyą przekaże konferencyi R. dw. Prof. Wicherkiewicz.

Z biura Centraln. lek. komitetu słowiańsk.: Przewodniczący Prof. Dr B. Wicherkiewicz. Jen. sekretarz Dr J. Surzycki.

Wobec tego, że konferencya ma zajmować się sprawami ważnemi, a zwłaszcza, że ma przyjąć obowiązujący na przyszłość statut i zastanowić się nad stosunkiem komitetów narodowych do międzynarodowych kongresów lekarskich, uprasza się panów

[2]) Wszystkie wieczorem do skrzynki pocztowej wrzucone listy, z całego kraju (z małym wyjątkiem) na rano są w zakładzie; do godziny dwunastej w południe próba jest gotowa, wcześniej więc, niż w przeciągu doby, każdy lekarz, nawet daleko na wsi, może być telefonem powiadomiony o wyniku badania. Na wsi, gdzie nieco dalej do stacyi kolejowej, w wysyłce próbek wielką oddają usługę rowery, które tutaj i na wsi są w bardzo wielkiem użyciu; po wsiach na każdy dom należy liczyć co najmniej jeden rower.

członków Komitetu lek. słowiańskiego, żeby, o ile tylko stosunki na to im pozwolą, zechcieli wziąć udział w tem zebraniu«.

Ponieważ większość komitetów lekarskich innych narodowości słowiańskich oświadczyła się za odbyciem zebrania Centr. Komitetu lek. słow. w Sofii, przeto prezydyum tego Komitetu, chociaż złożone z Polaków, nie jadących do Sofii, musiało zastosować się do woli większości w tem, żeby program zebrania ułożyć i ogłosić, a członków Centr. Komitetu słowiańskiego, nie-Polaków, do udziału w zebraniu zawezwać. Jednakże zgodnie z uchwałami delegatów Tow. lek. polskich, powziętemi w Krakowie, ani polscy członkowie prezydyum Komitetu słow., ani nikt z lekarzy polskich w zebraniu w Sofii nie uczestniczył, ani uczestniczyć nie zamierzał; niektóre dzienniki polityczne polskie przedstawiły w tym względzie rzecz niezgodnie z prawdą, wyrządzając polskim członkom prezydyum Komitetu lek. słowiańskiego krzywdę, którą powinnyby naprawić przez stosowne sprostowania.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowa Rada Zdrowia odbyła w d. 2. VII. 1910 posiedzenie, na którem krajowy referent sanitarny, r. dw. Dr Merunowicz, przedstawił stan chorób zakaźnych w kraju; wydano opinie w sprawie posady docenta higieny w seminaryum naucz. żeńskiem w Samborze, w sprawie instrukcyi dla oglądaczy zwłok, w sprawie taksy szpitalnej w Krośnie i szpitala w Nadwórnej, oraz w sprawie zmiany siedziby lekarza okręgowego w powiecie gorlickim. R.

Związek państwowy organizacyi lekar. austr. ogłasza bojkot kas chorych w następujących miejscowościach dolnoaustryackich: Allensteig, Baden, Mödling, Liesing i Steyrermühl. Scisłe przeprowadzenie tej sprawy co do kas w pobliżu Wiednia działających ma ważne znaczenie w obecnej akcyi przeciw pewnym szczegółom projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem. R.

Kasa wsparcia podupadłych lekarzy w Warszawie miała w r. 1909 w Warszawie 409, na prowincyi 456, ogółem 865 członków. Bilans zamknięto sumą 91264·89 rb., fundusz żelazny wynosił 52144·99 rb., obrotowy 10.065·74 rb. Wypłacono wsparć 9372·83 rb. R.

Opinia Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w sprawie ogłoszeń lekarzy w prasie peryodycznej.

§ 1. Każdy lekarz ma prawo umieszczać »ogłoszenia« w pismach publicznych, lecz nie powinien »reklamować się«.

§ 2. a) Ogłoszenie może zawierać: 1) imię i nazwisko ogłaszającego się z dodaniem »Dr« (dotyczy to zarówno lekarzy, jak i doktorów medycyny), 2) specyalność, 3) godziny przyjęć, 4) adres, 5) Nr telefonu, 6) wzmianki o wyjeździe, przeprowadzeniu się, powrocie (do zdrowia). (Uwaga. Nie należy używać w ogłoszeniu wyrazów: »specyalista«, »specyalnie«, »wyłącznie«). b) Ogłoszenie powinno być drukowane nie zbyt dużemi czcionkami, umieszczane poza tekstem pisma i nie częściej niż 3 razy tygodniowo.

§ 3. Ogłoszenia o lecznicach prywatnych, domach zdrowia, podlegają tym samym przepisom z zastrzeżeniem, aby w ogłoszeniach nie były podawane adresy lekarzy.

§ 4. Ogłoszenia, których forma, miejsce, częstość i treść przekraczają zakres, objęty artykułem 2-gim, zaliczają się do kategoryi reklamy. Za reklamę więc uważa się: a) Ogłoszenia, rażące rozmiarami, jaskrawo rzucające się w oczy, umieszczane codziennie lub 2 razy w jednym numerze pisma, zawierające wzmianki o celu, w jakim lekarz wyjechał lub skąd powrócił (np. wyjechał dla studyów), ogłoszenia, w których lekarz zapowiada swój przyjazd, osiedlenie się i t. d. i gdy o fakcie osiedlenia się ogłasza miesiące i długie lata. b) Ogłoszenia, zawierające wzmianki o ordynaturach, asystenturach, studyach w klinikach, stopniach naukowych zagranicznych i t. d. c) Ogłoszenia, w których wymieniane są metody lecznicze i rozpoznawcze. Naprzykład: leczenie metodą prof. X., stosowanie endoskopii, cystoskopii, miesienia, hipnotyzmu, elektryczności, promieni Roentgena, leczenie tuberkuliną, badanie krwi co do kiły i t. d. d) Ogłoszenia, w których obok wymienionej specyalności podkreśla się leczenie jakiegoś pojedynczego cierpienia lub pojedynczego narządu, już objętych szerszem pojęciem zakresu danej specyalności, naprzykład: choroby weneryczne i syfilis. Choroby skóry, włosów i paznokci. Choroby narządów moczowopłciowych i pęcherza. Leczenie niemocy i t. d. e) Posługiwanie się górnobrzmiącemi nazwami »gabinetów lekarskich«, »instytutów« i t. d. f) Ogłoszenia o wydawaniu świadectw (np. o wydawaniu świadectw mamkom); dawanie w ogłoszeniach jakiejkolwiek rękojmi, zapewniającej wyleczenie (np. radykalnego usuwania włosów); podawanie w ogłoszeniach wzmianki o pewnych specyalnych dla klienteli udogodnieniach (np. ogłaszanie o osobnych poczekalniach i gabinetach dla dam) i t. d. g) Ogłaszanie się pojedynczych lekarzy i lecznic w kalendarzach, pismach ulotnych, przewodnikach podróży i wogóle w księgach informacyjnych, o ile w nich niema listy wszystkich lekarzy, praktykujących w mieście; wywieszanie ogłoszeń lekarzy i ogłoszeń o lecznicach w aptekach, składach materyałów aptecznych, w hotelach, wagonach, na dworcach kolejowych i t. d.; wywieszanie znaków lekarskich na rogach ulic zdala od domu, zamieszkanego przez osobę ogłaszającą się. h) Ułatwianie prasie niefachowej umieszczania pochlebnych wzmianek o osobie lekarza lub o lecznicy, o otrzymanych tytułach, o udziale w kongresach, zjazdach i t. d., podziękowań za wyleczenie, opiekę lekarską; wzmianek o udziale w leczeniu osób znanych i wybitnych itd.; przyczynienie się do umieszczania w prasie nielekarskiej zdjęć fotograficznych z pracowni lekarza lub lecznicy i t. d.

§ 5. Za reklamę z intencyą ukrytą uważa się: a) ogłaszanie o leczeniu biednych bezpłatnie; b) wydawanie zaświadczeń o skuteczności leków i wód mineralnych.

§ 6. Specyalnego zwłaszcza charakteru i wagi nabierają powyższe reklamy, umieszczane w prasie żargonowej, a obliczone na utrudnione kontrolowanie ich treści.

§ 7. Sekretarz stały Towarzystwa lekarskiego ma obowiązek ścisłego czuwania nad przestrzeganiem przez lekarzy powyższej uchwały. (Uwaga. Gdyby pisemne zwrócenie przez Sekretarza stałego uwagi lekarzowi, nie stosującemu się do niniejszych przepisów, pozostało bez skutku, lekarz, o ile jest członkiem Towarzystwa lekarskiego, zostaje oddany przez Sekretarza stałego pod sąd przy Towarzystwie. Lekarz, nie należący do Towarzystwa, lecz wyłamujący się z pod władzy opinii Ogólnego Zebrania, naraża się na zakłócenie towarzyskiego stosunku swego do ogółu kolegów).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 26. VI. do 2. VII 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Brzeżany (Taurów 3), Gródek jagiell. (Majdan 6, Wiszenka 2), Jaworów (Jazów stary 4, Młyny 1), Nadwórna (Kamienna 1), Podhajce (Mużyłów 3), Przemyślany (Nowosiółka 5), Stanisławów (Czerniejów 1); ospy sprawdzono 1 przypadek w Michałówce pow. Borszczów; nagm. zapalenie opon mózgowo-rdzen. stwierdzono w pow. Krosno (Swieżawa polska 1, sprawdzono bakteryologicznie), pow. Lwów (Lewandówka ad Biłohorszcza 2). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. VI. do 2. VII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (w tem obcych 2 † 1), ospy 2, płonicy 8 † 1 (1 † —), odry 2 † 1 (1 † 1), duru brzusznego 5 † 2 (3 † 2), tężca 1 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 5. VI. do 11. VI. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 10 † 1 (w całem mieście † 4), odry 12 († 3), płonicy 26 † 3 († 16), błonicy 3 († 2), róży 12 († 3), duru plamistego 6 † 2 († 2), duru brzusznego 18 † 2 († 1). (Gaz. lek. Nr 27).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Magistrat przypominając z powodu grożącego zawleczenia cholery z Rosyi o obowiązku donoszenia o chorobach zakaźnych i przesyłania wydalin do badania w rządowej stacyi bakteryologicznej, zawiadomił lekarzy, że obecnie można do badania bakteryologicznego posyłać próbki nietylko w przypadkach podejrzanych co do cholery, ale w każdym przypadku którejkolwiek choroby zakaźnej, jeżeli badanie bakteryologiczne będzie potrzebne do ustalenia rozpoznania. — Zarządzenie to jest wielkim postępem, mogącym znacznie wpłynąć na zwalczenie chorób zakaźnych w Krakowie.

— Roman hr. Potocki ofiarował Wydziałowi powiatowemu w Łańcucie mórg ziemi i 150.000 koron na budowę szpitala. Fakt ten zasługuje na podniesienie, zwłaszcza z tego względu,

że w społeczeństwie naszem, zdobywającem się na wielu innych polach na zdumiewającą nieraz ofiarność, dotąd bardzo rzadko zdarzały się fundacye prywatne na cele zdrowia publicznego. Po fundacyi szpitala w Tarnobrzegu jest to w ostatnich kilkunastu latach druga dopiero fundacya prywatna tego rodzaju.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Kazimierz Dadej, rodem z Drohobycza.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie warszawskie przyznało nagrodę konkursową im. Koczorowskiego Drowi Fryderykowi Barachowi za pracę: »O włóknach Dürcka«, wykonaną w zakładzie anatomii patol. Uniwersytetu lwowskiego, a nagrodę im. Wszebora Drowi Ryszardowi Hertzowi, asystentowi oddziału Doc. Dr Wł. Janowskiego w Warszawie, za pracę: »O wywoływanem doświadczalnie szpikowem przeistoczeniu śledziony«.

— Komisya reform szpitalnych projektowała m. i. budowę osobnego szpitala zakaźnego na 500 łóżek za miastem. Z powodu znacznych kosztów postanowił Wydział dobroczynny magistratu ograniczyć się do rozszerzenia szpitala św. Stanisława przez dobudowę 2 pawilonów po 72 łóżek i budowli gospodarczych kosztem 400.000 rb., na razie zaś dobudować tylko jeden pawilon kosztem 181.423 rb.

— Dzienniki donoszą, że Dr A. Sokołowski i S. Sterling nie przyjęli mandatu członków zarządu wszechrosyjskiej ligi walki z gruźlicą.

— W pracowni naukowej warszawskiego Towarzystwa lekarskiego rozpoczynają się odczyty dnia 1. października r. b. połączone z pokazami i zajęciami praktycznemi: 1) Prof. J. Sosnowski. Zasady energetyki organizmów (7 wykładów). 2) Dr Anast. Landau. Choroby przemiany materyi (8 wykładów). 3) Dr Anast. Landau. Choroby krwi (4 wykłady i zajęcia prakt.). 4—5) Dr A. Sokołowski i Dr B. Dębiński. Podstawowe metody rozpoznawania i leczenia chorób dróg oddechowych. 6) Dr F. Erbrich. O najnowszych postępach ryno- i laryngologii ze szczególnem uwzględnieniem broncho- i ezofagoskopii (wykłady teoretyczne i zajęcia praktyczne). 7—9) Prof. Dr Kryński. 7) Operacye typowe i anatomia chirurg. na zwłokach (6 g.). 8) Chirurgia ambulatoryjna (10 godzin). 9) Postępy w dyagnost. chirurg. (cystoskopia) 6 g. 10) Dr M. Rejchman. Metody rozpoznawania i leczenia chorób przewodu pokarmowego (8 wykładów i zajęcia prakt.). 11) Dr F. Malinowski. Nowe metody rozpoznawania i leczenia chorób skórnych i wenerycznych (8 wykładów i zaj. prakt.). 12) Dr Cz. Barszczewski. Kurs praktyczny radyologii lekarskiej z pokazami radyogramów z kazuistyki chirurgicznej i wewnętrznej. 13) Dr St. Serkowski. Bakteryologia lekarska (12 wykładów z zajęciami praktycznemi). 14) Dr St. Serkowski. Zajęcia praktyczne laboratoryjne, a) analizy krwi chemiczne, fizyczne i bakteryologiczne, b) analizy moczu, c) badania sanitarne. — Plan poszczególnych wykładów i warunki uczestnictwa u kierownika pracowni Towarzystwa lekarskiego (Niecała 7) codziennie w godz. od 2 do 3-ciej.

— W Tomaszowie rawskim ma być zbudowany szpital, na który bł. p. Jakób Halpern zapisał 40.000 rb.

Z różnych stron. Dziekanem Wydziału lek. lwowskiego na r. 1910/11, wybrany został Prof. Dr Henryk Kadyi.

— Dr Mazurkiewicz habilitował się we Lwowie z zakresu farmakognozyi.

— Nowy środek przeciwkiłowy, wynaleziony przez Ehrlicha i jego współpracownika Hata, dioksydiamidoarsenobenzol (nazwany przez Ehrlicha dla skrócenia »przetworem 606«), nabiera coraz większego rozgłosu w najszerszych sferach wskutek szumnych i niekrytycznych sprawozdań, jakie prasa codzienna ogłosiła z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego berlińskiego, i in. poświęconych tej sprawie. Dotychczas ogłoszone badania zdają się istotnie dowodzić, że nowy środek jest znacznem wzbogaceniem skarbca leczniczego, że w krótkim czasie wywołuje znikanie krętków bladych z wydzielin i tkanek. Nie stwierdzono jednak dotąd, czy można liczyć na trwałe wyleczenie; Ehrlich sam nawołuje do krytycyzmu, a Neisser zwraca uwagę w »Deutsche med. Wochs.« (Nr 26) na konieczność ustalenia dawek, zanimby lek można oddać w ręce ogółu lekarzy. To też ubolewać należy, że i tym razem podobnie, jak kilkakroć w ostatnich czasach, sprawa stała się przedmiotem przedwczesnej reklamy dziennikarskiej, mogący przynieść tylko szkody.

Mianowani. Dr Józef Praski młodszym ordynatorem zakładu w Tworkach, Dr Sławiński nadetatowym ordynatorem szpitala św. Rocha w Warszawie.

Zmarli: Dr Aleksander Tumpowski, autor szeregu prac z zakresu neurologii, w 41 r. ż.; praktykował czas dłuższy w Irkucku, później w Warszawie; Dr Ludwik Zbierzchowski, w Ojcowie w 42 r. ż.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1910. (Dokończenie).

Nasze Zdroje: K. Krzyżanowski: Odezwa kom. przem. lekarskiej i sprawozdanie z posiedzenia tejże komisyi z referatem Dra Bandrowskiego »O zdrojowiskach«. — Loebel: Wzorowe dobywanie i przetwarzanie borowiny. — Jarosiński: Notatki z wycieczek balneologiczno-turystycznych po kraju. — Bandrowski: Akcya rządu dla zwiększenia ruchu przyjezdnych. — Albinowski: Vestigia polonica in Thermis ceticis ad Vindobonam. — Flis: O potrzebie stałej wystawy zdrojowisk. — Bandrowski: Nowe zdrojowisko polskie w Delatynie. — Albinowski: Aktualne zagadnienia w zakresie zwiększenia ruchu przyjezdnych. — Lesław Gluziński: Pierwszorzędne wskazania dla Krynicy jako przodownicy zdrojowisk polskich. — J. Bandrowski: Jubileusz 25-lecia Dra H. Ebersa.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne.

(Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").

Dr **Dębicki Klemens**, „Pod Jeleniem".

Dr **Lewicki Stanisław**, b. asystent kliniki położ. ginek. Uniwersytetu lwowskiego.

Dr **Pruszyński Jan**, Docent Uniw. lwow. Dom Zdrojowy.

Rabka.

Dr **Lang Otokar**, Willa „pod Luboniem".

Dr **Supiński E.**, lekarz zdrojowy.

Szczawnica.

Dr **Hammerschlag Rudolf**.

Dr **Gorski Xawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).

Dr **Kolączkowski**, ord. i prowadzi pensyonat hidropatyczny.

Dr **Kruszyński Kazimierz**, Radca cesarski.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon**.

Dr **Praschil Tadeusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Hall (w górnej Austryi).

Dr **Feuerstein Leon**, Villa „Söllradl".

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Przybylski Stan.** Palast Hotel. Wejście od Kirchenstr.

Dr **Steinsberg Leopold**, we własnym zakładzie leczniczym, (Willa Dra Steinsberga).

Dr **Zeitner Józef**, Kirchenstr. Villa „Stadt Paris".

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski**, Radca ces., Villa „Höflinger" IV.

Karlsbad.

Dr **Obmiński Ksawery**, objął od 1 czerwca b. r. zakład dla elektr., wibracyi i masażu po śp. Drze Kaufmanie. „Maltaserritter".

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 1, tamże pensyonat dyetetyczny własny.

Dr **Maciejewski**, Sanatorium „Quo vadis" Ludwigstr. 16.

Doc. Dr **Modrakowski J.**, Villa „Elsa".

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, ord. jak dotychczas Dom „Mozart".

Dr **Jasinicka Marya**, Schloss Heilbronn, Kaiserstrasse.

Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg".

Dr **Z. Szczepański**, od 20 maja „Haus Schiller".